



Janeth de Oliveira Gómez

**IMPACTO DE UM PROGRAMA DE RELAXAMENTO NA
PERCEPÇÃO DE *STRESS* NOS CUIDADORES FORMAIS DE UM
LAR DO CONCELHO DE ÁGUEDA**

**Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional
Área de especialização:
Gerontologia
2010**

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DE SAÚDE DO PORTO
- POLITÉCNICO DO PORTO -

**IMPACTO DE UM PROGRAMA DE RELAXAMENTO NA PERCEPÇÃO DE
STRESS NOS CUIDADORES FORMAIS DE UM LAR DO CONCELHO DE
ÁGUEDA**

Janeth de Oliveira Gómez
Outubro, 2010

Dissertação apresentada em temas de Mestrado em Terapia Ocupacional, área de especialização de Gerontologia, Escola superior de Tecnologias do Porto, orientada pelo Professor Doutor Pedro Monteiro (E.S.T.S. – IPP). e co-orientada pela Mestre Paula Portugal (E.S.T.S.-IPP)

RESUMO

O papel de cuidador formal é, habitualmente, exercido por profissionais devidamente qualificados, designadamente, médicos, enfermeiros psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e auxiliares. A sua formação académica, profissional é específica para o desempenho deste papel, integrada no contexto de uma actividade profissional onde são exercidas competências, no âmbito da saúde.

Nos lares, hospitais, instituições comunitárias, entre outros, existem indivíduos que se enquadram no perfil traçado, a actividade é desgastante, quer física, quer psicologicamente, o que muitas vezes facilita o aparecimento da ansiedade e a percepção do stress. O relaxamento enquanto técnica terapêutica poderá atenuar o seu surgimento.

Este trabalho teve como objectivo avaliar o impacto de um programa de relaxamento, na percepção de stress, nos cuidadores formais do lar da Liga de Amigos de Aguada de Cima. Para este fim, consideramos adequado um estudo do tipo experimental. Assim aplicámos á nossa amostra, dezasseis funcionárias, antes e depois da aplicação do programa de relaxamento progressivo de Jacobson, questionários de auto-preenchimento, adaptados à população portuguesa. Para além disso, nas dezasseis sessões que efectuámos, medimos a tensão arterial e a frequência cardíaca com um esfigmomanómetro digital de pulso, no período antes e depois da implementação do programa.

Pela análise dos resultados que obtivemos, constatámos que não houve diferenças significativas do ponto de vista estatístico, entre a ansiedade e a percepção do stress, após o programa de relaxamento Jacobson. Confirmámos porém, que existiram diferenças em alguns itens dos questionários após a implementação do programa de relaxamento, assim como uma diminuição da pressão arterial diastólica e da correlação positiva entre a ansiedade e a percepção de stress. Desta forma, parece existir uma indicação de que o programa de relaxamento progressivo de Jacobson talvez tenha contribuído para minimizar o nível de stress das funcionárias do lar da Liga de Amigos de Aguada de Cima.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidadores formais, ansiedade, percepção de stress, relaxamento.

ABSTRACT

The role of caregiver is usually exercised by appropriately qualified professionals, including physicians, nurses, psychologists, social workers, occupational therapists, physiotherapists and assistants. Their academic training is specific to the professional performance of this role, set in the context of an occupation where skills are practiced in the field of health.

In nursing home, hospitals, community institutions, among others, there are individuals who meet the outlined profile, the activity is exhausting, both physically and psychologically, which often facilitates the emergence of anxiety and perception of stress. Relaxation as a therapeutic technique can reduce its appearance.

This study aims to assess the impact of a relaxation program on the perception of stress in caregivers of formal nursing home of the League of Friends of Aguada de Cima. To this end, we consider an appropriate experimental study. So we applied to our sample, sixteen employees, before and after application of the progressive relaxation program of Jacobson's self-completion questionnaires, adapted to the Portuguese population. In addition, we have made in this sixteen sessions, we measured blood pressure and heart rate with a digital wrist sphygmomanometer, in the period before and after implementing the program.

By analysis of the results obtained, we found that there were no significant differences in the statistical point of view, between anxiety and perception of stress after the relaxation program Jacobson. Confirmed however that there were differences in some items of the questionnaires after the implementation of the relaxation program, as well as a decrease in diastolic blood pressure and a positive correlation between anxiety and perception of stress. Thus, it seems like there is an indication that the progressive relaxation program of Jacobson's, may have contributed to reduce the stress level of employees of the home of the League of Friends of Aguada de Cima.

KEYWORDS: Formal Caregivers, anxiety, perception of stress, relaxation

RESUMÉ

Le rôle d'aidant est généralement exercé par des professionnels qualifiés, y compris les médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les assistants. Sa formation universitaire est spécifique à la performance professionnelle de ce rôle, dans le contexte d'une profession où les compétences sont pratiquées dans le domaine de la santé.

Dans les maison de retraite, les hôpitaux, les institutions, entre autres, il ya des personnes qui répondent au profil décrit, l'activité est épuisant, tant physiquement que psychologiquement, ce qui facilite souvent l'émergence de l'anxiété et la perception du stress. Détente en tant que technique thérapeutique permet de réduire son apparition.

Cette étude vise à évaluer l'impact d'un programme de relaxation sur la perception du stress dans les soins de la maison retraite officielle de la Société des Amis de Aguada de Cima. À cette fin, nous considérons une étude expérimentale appropriée. Donc, nous avons appliqué à notre échantillon, seize employés, avant et après l'application des questionnaires du programme de progressif relaxation de Jacobson auto-achèvement, adapté à la population portugaise. En outre, nous avons fait en seize sessions, nous avons mesuré la pression artérielle et fréquence cardiaque avec un tensiomètre poignet numérique, dans la période avant et après la mise en œuvre du programme

Par l'analyse des résultats obtenus, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de différences significatives dans le point de vue statistique, entre l'anxiété et la perception du stress après le programme de relaxation Jacobson. Confirmé cependant qu'il y avait des différences dans certains éléments des questionnaires après la mise en œuvre du programme de détente, ainsi qu'une diminution de la pression artérielle diastolique et une corrélation positive entre l'anxiété et la perception du stress. Ainsi, il semble que il ya une indication que le programme de progressif relaxation de Jacobson peut avoir contribué à réduire le niveau de stress des employés de la maison de la Société des Amis de Aguada de Cima.

MOTS-CLÉS: Aidants professionnels, l'anxiété, perception du stress, la relaxation.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Pedro Monteiro, pela sua orientação crítica e construtiva, pelas sugestões pertinentes que foi dando ao longo do processo de elaboração deste trabalho e pela sua disponibilidade e colaboração.

À Co-orientadora, Mestre Paula Portugal, responsável pela Especialização de Gerontologia do Mestrado em Terapia Ocupacional na ESTSP –IPP pela disponibilidade demonstrada.

À Professora Ana Paula Nascimento pelo enorme apoio que me concedeu ao nível do tratamento de dados.

À Direcção do Lar da Liga de Amigos de Aguada de Cima, local onde recolhemos os dados para a realização do estudo, pela sua amabilidade, disponibilidade e receptividade.

Às funcionárias pela disponibilidade, colaboração, amabilidade e boa disposição demonstrada ao longo da realização do estudo.

A minha família, especialmente ao meu filho, pela compreensão e total apoio que sempre me ofereceram.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
1. CUIDAR – UMA ACÇÃO INTRÍNSECA AO HOMEM.....	9
1.1. Cuidadores Formais - Uma profissão a tempo inteiro	12
1.2. Ansiedade	13
1.3. Stress - História e evolução do conceito.....	16
1.4. Percepção de stress	19
1.5. Satisfação no trabalho	22
1.6. Relaxamento	25
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPIRICO	29
1. METODOLOGIA.....	30
1.1.Instrumentos.....	31
1.2.Procedimentos	33
1.3.Amostra	35
1.4.Caracterização da amostra	35
1.4.1 Idade.....	36
1.4.2 Sexo	36
1.4.3 Estado Civil.....	37
1.4.4 A Existência de filhos.....	37
1.4.5 Habilitações Literárias	38
1.4.6 Tempo de serviço na instituição	38
1.4.7 Horas de trabalho semanal na instituição	39
1.4.8 Tipo de contrato de trabalho	39
1.4.9 Situação profissional.....	40
2. RESULTADOS OBTIDOS.....	41
2.1. Ansiedade	41
2.2. Percepção do stress	43
2.3.Satisfação.....	46
2.4.Tensão Arterial e Frequência cardíaca	48
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
Conclusão.....	55
Bibliografia	57

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO DA VARIÁVEL IDADE	36
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A IDADE.....	36
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O SEXO	37
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O ESTADO CIVIL.....	37
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE FILHOS.....	37
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO AS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	38
TABELA 7 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO DA VARIÁVEL TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO.	38
TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO (MESES).....	39
TABELA 9 – HORAS SEMANAIS DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO	39
TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O TIPO DE CONTRATO DE TRABALHO.....	40
TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A SITUAÇÃO PROFISSIONAL	40
TABELA 12 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO DA ESCALA HADS APLICADAS AO GRUPO EXPERIMENTAL	42
TABELA 13 – TOTAIS DAS MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO DA ESCALA HADS APLICADAS AO GRUPO CONTROLO.	42
TABELA 14 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO DA PERCEPÇÃO DO STRESS APLICADAS AO GRUPO EXPERIMENTAL.....	44
TABELA 15 – TOTAIS DAS MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO DA PERCEPÇÃO DO STRESS APLICADAS AO GRUPO CONTROLO.....	45
TABELA 16 – CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DA ANSIEDADE DO PRÉ/PÓS-PROGRAMA DE RELAXAMENTO COM A PERCEPÇÃO DO STRESS PRÉ/PÓS-PROGRAMA DE RELAXAMENTO DO GRUPO EXPERIMENTAL	46
TABELA 17 - VALORES DE PROVA APLICADOS ÀS DIMENSÕES DA ESCALA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO AO GRUPO EXPERIMENTAL.....	47
DE ACORDO COM A APRECIACÃO DA TABELA VERIFICÁMOS QUE EXISTIU DIFERENÇA ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS, NO TOTAL DAS DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO DO TRABALHO, RELATIVAS AO GRUPO CONTROLO.	47
TABELA 18 - VALORES DE PROVA APLICADOS ÀS DIMENSÕES DA ESCALA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO AO GRUPO CONTROLO.	48
TABELA 19 - VALORES DE PROVA APLICADOS A TENSÃO ARTERIAL E FREQUÊNCIA CARDÍACA (PRÉ/PÓS-PROGRAMA).	49
TABELA 20 - VALORES DE PROVA DO TESTE DE FRIEDMAN PARA TENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PRÉ/PÓS-PROGRAMA)	49
TABELA 21 - VALORES DE PROVA DO TESTE DE FRIEDMAN PARA TENSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA (PRÉ/PÓS-PROGRAMA)	49
TABELA 22 - VALORES DE PROVA DO TESTE DE FRIEDMAN PARA FREQUÊNCIA CARDÍACA (PRÉ/PÓS-PROGRAMA)	50
TABELA 23 - VALORES DE PROVA DO TESTE DE WILCOXON APLICADO À PRESSÃO DIASTÓLICA NAS SESSÕES: 1, 8, 12 E 16.	50

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO III – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

ANEXO III – QUESTIONÁRIO HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DA PERCEPÇÃO DO STRESS

ANEXO V – QUESTIONÁRIO DA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO

ANEXO VI – FOLHA DE REGISTO DA TENSÃO ARTERIAL

ANEXO VII – PROGRAMA DE RELAXAMENTO

Introdução

O cuidar pode ser visto como algo intrínseco ao ser humano e crescente na sociedade actual, em que a perspectiva contempla as dinâmicas geradas entre indivíduos e cuidadores.

A prestação de cuidados é considerada uma actividade desgastante, com repercussões a nível físico, psicológico e social para o cuidador, resultado da pluralidade de tarefas que este tem que desempenhar, e às mudanças que a adopção deste papel representa na sua vida. Desta forma, ser cuidador implica um elevado gasto de tempo e energia, um conflito com o desempenho de outros papéis pessoais, familiares e sociais. O que conduz, muitas vezes, à exaustão, à ansiedade e ao stress (Figueiredo, 2007).

As exigências laborais com que o indivíduo é confrontado e a incapacidade de enfrentar determinadas situações associados à crescente insatisfação ou baixa realização pessoal podem desencadear o fenómeno do *stress* (Figueiredo & Soares, 1999). Os prestadores de cuidados não são excepção, também eles sentem mal-estar resultante, em grande medida, da acumulação de tarefas diárias, dos sentimentos de insegurança crescentes durante o serviço, do carácter cada vez mais exigente das solicitações dos utentes, dos escassos salários, do confronto com a doença, do sofrimento e da morte (Delbrouck, 2006).

O *stress*, enquanto “desequilíbrio percebido entre as exigências do meio e as capacidades do indivíduo para responder a essas exigências” depende da forma como cada pessoa percepciona as situações do quotidiano, como sente os problemas e como utiliza os seus recursos para responder às conjunturas adversas (Blum, 2000, p. 40). As consequências podem ser positivas ou negativas, as primeiras referem-se à regulação neuroendócrina que permite ao indivíduo aumentar a capacidade de resposta às exigências que lhe são impostas, as segundas levam ao transtorno do sono, a alterações da vida sexual, à fadiga, ao prejuízo na memória, a alterações do fluxo sanguíneo (Serra, 2007).

A ocorrência de stress implica uma resposta do sistema nervoso central, o qual, através do sistema nervoso vegetativo, desencadeia uma série de respostas metabólicas, cardio-respiratórias e imunitárias, mediadas não só por neurónios simpáticos e parassimpáticos, mas também pelas secreções das glândulas supra-renais. As estruturas

encefálicas envolvidas na refutação são o ponto terminal das sensações corporais, já que, uma vez decodificadas, vão originar o começo de todo o processo. De acordo com Serra (2007, p. 157), “o sistema vegetativo, um certo número de mensageiros químicos e o sistema endócrino regulam funções corporais internas que se alteram durante o stress”. Desta forma, os sistemas cardio-respiratório e imunitário, desempenham uma função essencial de defesa e de vigilância, perante uma situação de perigo real ou potencial. No entanto, por exemplo, perante uma situação de stress crónico, a resposta imunitária pode estar comprometida, não conseguindo fornecer a imunidade necessária para evitar a doença (Serra, 2007). Ainda a respeito do stress, Serra (1999) refere, igualmente, que este conduz ao desgaste pessoal, mas que pode também ser, uma fonte de incentivo e de realização profissional e pessoal, ajudando o indivíduo a tomar decisões e a resolver problemas, a melhorar o seu funcionamento e aptidões e a enriquecer a sua auto-estima.

O efeito do stress e das emoções não resultam inteiramente das características objectivas dos acontecimentos, mas sim do seu significado para o bem-estar individual e da avaliação subjectiva efectuada (Cruz, 1996). Na verdade, cada pessoa tem uma forma idiossincrática de interagir com o mundo, de se relacionar com o outro; não são, por isso, conhecidas experiências de *stress* iguais. Deste modo, torna-se pertinente o estudo das diferenças individuais, uma vez que ele pode ajudar a justificar a variabilidade da interpretação das situações indutoras de stress e a diversidade na escolha de estratégias de *coping* (Singer & Davidson, 1986, *cit. in.* Ramos, 2001).

Sabemos que a prestação de cuidados a um idoso, é uma tarefa árdua e debilitante que pode ser sentida como uma ameaça para a saúde física, psicológica e social do cuidador, ainda mais se o receptor de cuidados tem alguma doença ou incapacidade severa ou prolongada (Haley & Pardo, 1989, *cit. in.* Cochrane, Goering, & Rogers, 1997). Os diferentes cuidadores sentem, por isso, as exigências inerentes à tarefa de cuidar de forma distinta, quer sejam informais ou formais. Os primeiros são, na maioria das vezes, familiares, vizinhos, amigos que perante as dificuldades de um ente querido, assumem a obrigação de o cuidar. Os segundos, os cuidadores formais, podem ser contratados para o efeito. Ambos desempenham um trabalho intensivo e desgastante, uma vez que para além de desempenharem o papel de acompanhantes, têm ainda que ajudar nos cuidados, ao mesmo tempo que partilham o sofrimento do utente (Beck & Lopes, 2007). É comum que os cuidadores, perante situações adversas, entrem

em estados de exaustão e depressão, tornando-se vulneráveis em momentos de crise e ruptura (Santos, 2004).

A sobrecarga sentida pelos cuidadores, a sua saúde física e mental podem interferir no seu bem-estar e consequentemente no grau de satisfação com que exercem a função, alterando a relação com o utente e a qualidade dos cuidados prestados (Figueiredo, 2007).

A tarefa de cuidar é complexa e tem implicações na saúde e bem-estar do cuidador, por isso reconhecemos a importância de lhes disponibilizar recursos e serviços de apoio e suporte para que estes consigam lidar com as exigências com que são confrontados e se protejam de consequências nefastas para a saúde que, daí possam advir, pois a sua qualidade de vida e bem-estar psicológico são vitais para os cuidados que prestam. O recurso ao relaxamento pode-se revelar uma forma agradável e positiva de ajudar os cuidadores a sentirem-se descontraídos, tranquilos e aliviados do cansaço. Os sentimentos transmitidos pelo relaxamento têm implicações no foro psicológico, possibilitando uma agradável ausência de pensamentos stressantes ou incómodos (Payne, 2003).

A prevenção, o tratamento e as técnicas associadas ao relaxamento são procedimentos importantes e poderão ajudar a melhorar a qualidade de vida dos cuidadores (Titlebaum, 1988, *cit. in.* Payne 2003).

Conhecemos inúmeros estudos que se referem aos impactos positivos e negativos, as dificuldades e benefícios do acto de cuidar, sobretudo ao nível dos cuidadores informais. Não queremos, no entanto, descuidar os cuidadores formais porque consideramo-los igualmente indispensáveis na assistência a idosos. Estamos, porém conscientes que abordar a temática do stress e do relaxamento, ao nível dos cuidadores formais, não será uma missão fácil, já que os estudos realizados nesta área são diminutos, pelo que a bibliografia é quase inexistente.

Não pretendemos abarcar todo o universo de cuidadores formais, mas apenas um grupo específico de profissionais, as auxiliares de uma instituição asilar. Pensamos que estas são, muitas vezes esquecidas e desapoiadas, realizam um trabalho árduo e “nem sempre possuem uma formação adequada para o desempenho dessa função”(Kawasaki, K. e Diogo M.JD, 2001). Nesta perspectiva consideramos pertinente realizar uma avaliação do impacto de um programa de relaxamento aplicado a estas profissionais. Queremos verificar se o seu nível de stress diminui após a sua implementação.

O nosso estudo divide-se em duas partes, a primeira refere-se ao enquadramento teórico e a segunda ao estudo empírico e experimental de natureza quantitativa. No enquadramento teórico abordamos, num primeiro momento, o cuidar e os cuidadores seguindo-se, posteriormente, algumas considerações sobre, a ansiedade, a percepção do stress, a satisfação no trabalho e o relaxamento.

Na segunda parte, procuramos conhecer a interferência de um programa de relaxamento na percepção do *stress* de um grupo de auxiliares de um lar. É, também, aqui que descrevemos a metodologia utilizada, explicamos o tipo de investigação efectuada, expomos a caracterização da amostra, os instrumentos e os procedimentos utilizados.

Numa fase posterior da nossa investigação apresentaremos, a discussão e análise de dados que determinarão as conclusões, relativas à avaliação do impacto de um programa de relaxamento na percepção de stress nos cuidadores formais do lar da Liga dos Amigos da Aguada de Cima, localizado na freguesia de Aguada de Cima, Concelho de Águeda.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Cuidar – Uma acção intrínseca ao homem

Actualmente assistimos à explosão demográfica da terceira idade associada a factores como: o decréscimo da taxa de natalidade e o aumento da longevidade. Este factor pode ser justificado por um lado, pela redução de nascimentos resultante de fenómenos como a diminuição de nupcialidade, o casamento tardio e a emancipação da mulher, por outro lado resultante do aumento significativo da esperança média de vida, consequência da melhoria das condições sociais e tecnológicas das pessoas, bem como dos avanços da medicina preventiva, curativa e reabilitadora (Dinis, 1997; Nazareth, 1994).

A questão do aumento do envelhecimento da população é uma realidade mundial que merece entre outros aspectos, uma reflexão mais aprofundada do ponto de vista da saúde.

Quando chegamos à terceira idade, entramos na nossa última etapa de vida. Ela é forçosa e irreversível, inscreve-se no tempo e acentua a nossa intemporalidade, desde o nascimento ao fim da vida. As alterações do nosso corpo são evidentes, as rugas, os cabelos brancos, a calvície, as artroses, a hipertensão, a perda de memória, a falta de motivação, a perda de massa muscular, a falta de equilíbrio e os problemas cardíacos. O envelhecimento destaca-se pela idade biológica, isto é, pelo conjunto de processos que afectam o nosso corpo que despoletam a perda de adaptabilidade, a doença, a limitação física e funcional, deficiência e numa fase mais avançada a própria morte (Martins, 2007).

Do ponto de vista psicológico a motivação tende a diminuir, podendo conduzir a uma inércia da qual dificilmente se recupera, as perspectivas futuras são inexistentes ou diminutas, e o indivíduo é assolado por um sentimento de inutilidade, e de vazio (Shephard, 2003).

Também, do ponto de vista social, assistimos à perda do papel profissional, dos colegas, dos amigos, à alteração da vida familiar, dos objectivos e dos hábitos (Shephard, 2003).

Efectivamente, várias esferas da vida da pessoa se alteram, isto é, a beleza física, a saúde, o vínculo laboral, os colegas, a estrutura da família, a saúde e os objectivos de vida. A ideia de imortalidade desvanece-se e é substituída por um sentimento de finitude.

O envelhecimento é, no entanto, vivido e sentido, por cada um de nós, de forma diferente. Esta etapa não tem que ser necessariamente uma fase desprovida de projectos, afectos, relacionamentos, bem-estar.

A força de vontade, a motivação e os laços afectivos, são determinantes para que o idoso se sinta psiquicamente capaz de prosseguir, uma vez que o processo de envelhecimento é, muitas vezes, acompanhado de doenças crónico-degenerativas, que estão associadas a situações de incapacidade e de dependência. Estas novas realidades são difíceis de aceitar para pessoas que sempre se imaginaram activas e autónomas. De acordo com estudos efectuados por Sixsmith (1986 *cit in*. Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006:p.42). Ser independente, na opinião dos idosos, está associado à “capacidade de tomarem conta de si próprios, sem estarem dependentes dos outros para tarefas domésticas e cuidados pessoais; competência de auto decisão e liberdade para fazer escolhas (autonomia); não se sentir um fardo/obrigação para os outros”.

O declínio físico e mental associado à velhice leva-nos a relacionar este último estágio às instituições hospitalares, aos lares e às unidades de cuidados paliativos.

Acreditamos que para um idoso o melhor apoio é aquele que é proporcionado pela sua família. Quando o papel do cuidador é atribuído à família verificamos vantagens ao nível da segurança emocional, existe uma maior intimidade e sobretudo evitamos os problemas psicológicos associados à sua institucionalização. Alguns trabalhos recentes referem que o cuidador informal sente satisfação pelo facto de ajudar a manter a dignidade do idoso, por ver a pessoa bem tratada e feliz, por ter a consciência de que se dá o melhor, por expressar amor e afecto, por afastar a possibilidade do lar, por poder enriquecer os seus conhecimentos, competências e por se sentir realizado (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

A institucionalização, normalmente, não tem qualquer elo com a sua vida anterior, sendo locais distantes do seu lar, onde não se encontram os amigos de toda a vida, os colegas de trabalho, onde não há interesses relacionados com as actividades anteriormente exercidas.

A família que exerce a função de cuidador tem, todavia, algumas dificuldades nos cuidados que presta ao seu ancião, pois, por vezes, a necessidade de proporcionar assistência específica para determinada enfermidade requer um conhecimento e prática especializado. Igualmente verificamos que é uma profissão a tempo inteiro, não há

folgas, a preocupação é constante, quer seja de dia ou de noite. Acresce ainda que, em simultâneo, existe, muitas vezes, uma vida profissional, pessoal e familiar, que nem sempre é possível de conjugar e/ou abdicar. O esforço e a dedicação deste tipo de cuidador é imenso e por isso, é necessário uma grande autodeterminação e sentimento de abnegação (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

Para além disso a família que trata de um ente querido, inicialmente, passa por todo um processo de adaptação, que requer a realização de aprendizagens sob a forma de como cuidar. Estas são, na maioria dos casos, efectuadas através da prática diária da prestação de cuidados. Movimentar uma pessoa enferma não se revela uma tarefa fácil, pois implica um grande esforço físico por parte do cuidador. Também a higiene requer algum cuidado e técnica. Para Melo (2005 cit. *in*. Sequeira, 2007, p. 122) a educação do cuidador está associada à morbilidade do idoso, isto é, o surgimento de situações de risco, entre elas, a desnutrição, as infecções, a obstipação e a incapacidade funcional podem ser acauteladas por aquele que zela.

A família, ao desempenhar o papel de cuidador, não consegue prever o período de tempo durante o qual irá praticar, representando tal, por tanto, uma incógnita. Este poderá ser exercido por um curto espaço de tempo, mas também poderá ter que o desempenhar por um período muito longo. Quando tal ocorre o desgaste físico e psíquico é grande, podendo, muitas vezes, colocar em risco, a saúde, a vida familiar, social e profissional. São situações que têm de ser pensadas em função dos sacrifícios que estamos dispostos a fazer.

Optar por tomar conta de um idoso exige uma reestruturação da vida familiar, requer disposição para abdicar do nosso tempo em prol do outro, coragem, empenho e sentimentos de altruísmo. A decisão de institucionalizar um idoso pode envolver situações economicamente difíceis de gerir no seio familiar, mas também sentimentos de culpa pela opção tomada.

Lehr e Kruege (1990 cit. *in*. Vaz 1999) referem que as pessoas reconhecem com frequência que dispõem de boas condições habitacionais e consideram ser, por isso, possível terem os familiares a viver consigo. Contudo, apontam razões pessoais, associadas ao medo de criar conflitos na vida familiar, que as levam a dizer que não desejam que isso aconteça.

A representação social que continua em vigor na actualidade relativa dos lares

não é abonatória, a ideia de depósito, de local onde se colocam “os velhos” em fim de vida, a impessoalidade com que se trata os utentes e as famílias faz com que haja muita resistência à utilização destes lugares. A imagem asilar que se vem arrastando desde tempos imemoráveis tarda em desaparecer (Vaz, 2008).

Acresce a esta situação o facto de as pessoas que trabalham nestas instituições nem sempre conseguirem transmitir uma imagem favorável acerca do serviço que prestam. Como razões para o seu fraco desempenho apontamos a formação inadequada e pouco especializada e a falta de investimento na formação dos recursos humanos. Outra das razões que pensamos que poderá ter repercussões nas percepções que construímos acerca dos lares é o número limitado de funcionários. É comumente aceite que estes são armazéns de pessoas, o mal-estar causado com a ideia, leva a que os familiares se afastem, se desinteressem, que se retraiam nos afectos e nas visitas.

Pelo exposto, apercebemo-nos que cuidar de idosos é um processo complexo que remete para uma intervenção concertada a vários níveis, entre eles: família, idoso, auxiliares das instituições, profissionais de saúde e direcções das instituições. Torna-se imprescindível que todos nós imaginemos a situação do idoso, a sua dependência, a sua fraqueza, o seu cansaço, a sua falta de cuidados e o seu desamparo. Como cuidadores precisamos de entender como são efectuados os cuidados imprescindíveis à manutenção da vida e à recuperação da doença. Estes são indispensáveis para lhes proporcionar estimulação, conforto, boa aparência, relaxamento e a continuidade da vida.

1.1. Cuidadores Formais - Uma profissão a tempo inteiro

Como já referimos, o envelhecimento da população portuguesa acarretou também um aumento do número de pessoas com perda de autonomia, invalidez e dependência, com doenças crónicas e incapacitantes. O conceito cuidar tornou-se inseparável desta realidade, já que à medida que o homem vai envelhecendo, as grandes etapas do ciclo da vida vão-se sucedendo e com elas, ele vai sendo alvo de cuidados de diferentes índoles. Este acto é uma experiência única e singular entre aquele que presta e aquele que recebe – o cuidador.

Ser cuidador subentende um investimento afectivo fortíssimo, uma grande preparação e disponibilidade. De facto, todos nós em determinados momentos somos cuidadores, mas o nosso envolvimento emocional, a relação que temos com o “outro”, o

conhecimento que temos sobre os cuidados a prestar, a formação académica e profissional, a forma voluntária com que desempenhamos a função, o recebimento ou não de uma remuneração, distingue-nos. Nesta perspectiva a nossa acção de cuidar remete-nos para o papel de cuidador formal e não formal, já anteriormente abordados.

A prestação de cuidados do cuidador formal é, habitualmente, executada por profissionais devidamente qualificados, designadamente, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e auxiliares. A sua preparação é específica para o desempenho deste papel, e está integrada no contexto de uma actividade profissional onde são exercidas competências, no âmbito da saúde. Nos lares, hospitais, instituições comunitárias, entre outros, existem indivíduos que se enquadram no perfil traçado.

Ainda em relação aos cuidadores informais somos da opinião que estes são importantes, quer pelo facto de conseguirem proporcionar ao idoso a oportunidade de continuarem no seu contexto sócio-afectivo e cultural, quer porque se tornam complementos dos sistemas institucionalizados e consequentemente dos cuidadores formais. Neste contexto talvez seja benéfico pensarmos em formas de lhes proporcionarmos formação específica que os auxiliem tecnicamente e que os ajudem a melhorar o seu desempenho, a superar a angústia e o cansaço da sua árdua missão, o cuidar.

Relembremos que cuidar constitui uma dimensão ontológica de ser humano, pois os seus valores, atitudes e comportamentos no quotidiano expressam uma preocupação constante com esta actividade. Cuidar não é apenas mais uma função ou uma tarefa, mas sim, uma forma de “estar no mundo”, um acto solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade. (Insero, 1995; Sequeira, 2007,p.99)

1.2. Ansiedade

É comum as pessoas experimentarem sentimentos de ansiedade, sendo que esta é uma característica biológica do ser humano, acompanhando-nos ao longo da vida, e indo de encontro à nossa própria identidade. Todos nós vivenciamos mudanças, experiências novas e, em determinado momento das nossas vidas, ficamos mais ou menos ansiosos. A ansiedade antecede momentos de pânico, de receio, de medo, de perigo ou de tensão. Pensamos que ela aparece, muitas vezes, em pessoas que são

cronicamente preocupadas, socialmente inseguras, pessimistas e cheias de dúvidas sobre si mesmas, que desconhecem as suas próprias capacidades.

Se formos à origem etimológica da palavra, ansiedade, constatamos que ela provém do termo grego *anshein* que significa oprimir, sufocar (Barros 2003). De acordo com Datti (1997) a ansiedade pode ser definida como “ uma sensação de desconforto e apreensão experimentada pela antecipação (real ou imaginária) de situações que podem ser muito agradáveis ou muito difíceis, desagradáveis”. Já Pio (1998) refere que ela é uma amálgama difusa de emoções, espelhando angústia, excitação e um componente primário de medo.

Desta forma, quando sentimos ansiedade activamos o sistema nervoso vegetativo (SNV). Este executa a regulação das funções dos órgãos internos involuntariamente e autonomamente. É uma unidade fisiológica que integra dois sistemas distintos, o simpático e o parassimpático. Estes desempenham normalmente funções antagónicas. A divisão simpática do SNV é a principal responsável pelas respostas fisiológicas ao stress, como o aumento da frequência cardíaca e respiratória, o aumento da degradação de reservas energéticas ou o aumento da actividade das glândulas sudoríparas. Já a divisão parassimpática do SNV é a principal responsável pela estimulação dos processos de digestão e absorção de nutrientes no tubo gastrointestinal. Pode-se assim afirmar que enquanto a divisão simpática impulsiona as actividades que ocorrem em situações de emergência ou tensão, a parassimpática é mais activa nas condições basais do dia-a-dia, estimulando actividades que restauram e conservam a energia corporal. Acresce a esta actividade autonómica, a actividade aumentada de alguns sistemas hormonais, como por exemplo o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renais, que através de hormonas como o cortisol, contribuem para a modulação das respostas fisiológicas ao stress. (Friedman *et al.*, 1998, *cit. in.* Serra, 1999).

Ainda sobre ansiedade é importante referir que ela é uma experiência humana universal, que assume duas significâncias distintas, normal e patológica. A primeira, ansiedade normal, transmite ao indivíduo uma sensação difusa, desaprazível, apreensiva, seguida de sensações físicas de mal-estar, palpitações, dores de cabeça, súbitas necessidades de evacuar, inquietações. A segunda, ansiedade patológica, tem implicações no bem-estar e no desempenho do sujeito. Trata-se de uma resposta desajustada a um determinado estímulo, de intensidade ou duração variável. Ela pode

paralisar a pessoa e pode impedir que esta se prepare para enfrentar situações que considera ameaçadoras ou de difícil resolução. Decorrente da forma como esta se evidencia na pessoa, identificamos diferentes sinais: a agorafobia, o ataque de pânico, a perturbação de pânico sem agorafobia, a perturbação de pânico com agorafobia, a agorafobia sem história de perturbação de pânico, a fobia específica, a fobia social, a perturbação obsessivo-compulsivo, a perturbação de *stress* pós-traumático, a perturbação de *stress* agudo, a perturbação de ansiedade generalizada, o transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral e o transtorno de ansiedade induzido por substância e transtorno de ansiedade sem outra especificação (American Psychiatric Association, 1996).

Um simples alerta, uma emoção igual ao medo, pode ser sinónimo de ansiedade. Ela alerta-nos sobre as mudanças que ocorrem, sejam elas internas ou externas. Associadas à qualidade de vida podem ser um alerta quanto a ameaças, lesões, dores e necessidades corporais, impotência, possível punição ou frustração de necessidades sociais, separação de pessoas amadas, ameaça ao sucesso ou *status* e, em última análise, de intimações à própria identidade ou integridade. Perante a sintomatologia apresentada é importante pensar em formas de diminuir as suas consequências, tomar as medidas necessárias para evitar estas ameaças, de forma que possamos sobreviver com a qualidade de vida necessária ao nosso bem-estar.

Um dos sentimentos intrinsecamente associado à ansiedade é o medo, já que é ele que proporciona um estado de alerta, traduzido pelo receio de fazer alguma coisa, pelo sentimento de ameaça física e/ou psicológica. A adrenalina, a aceleração cardíaca, o tremor podem traduzir-se numa resposta fisiológica, numa fuga. De acordo com Darwin (1896, *cit. in.* Kaplan, Sadock, & Grebb, 2002, p.546) “é, frequentemente, percebido pelo espanto, e é tão estreitamente relacionado a este, que ambos despertam instantaneamente os sentidos da visão e da audição. Em ambos os casos, os olhos e a boca ficam totalmente abertos e elevam-se as sobrancelhas”.

Tal como já referimos a ansiedade pode ser acompanhada de vários sintomas, variáveis de pessoa para pessoa, e que podem incluir agitação, incapacidade para estar no mesmo sítio, diarreia, tonturas, síncope, taquicardia, formigueiro nas mãos e pés, tremores, retenção ou aumento da frequência urinária. Para além disso, podem existir também efeitos sobre o pensamento, a percepção, a concentração, a memória e a associação de ideias. Referimo-nos à ansiedade como algo que acompanha a pessoa no

seu processo existencial, que causa tensão, desconforto, sofrimento físico e/ou mental, que exige mudanças na vida quotidiana, podendo ser despoletada por situações reais ou imaginárias. É, pois, importante equacionarmos, igualmente formas terapêuticas que aliviem, reduzam e ou eliminem os níveis de ansiedade, traduzindo-se em sentimentos de satisfação e de bem-estar. (Dias, 2007).

1.3. Stress - História e evolução do conceito

Sabemos que as mudanças bruscas que ocorrem nas nossas vidas, a exposição a certos ambientes, as situações ameaçadoras que influenciam o nosso equilíbrio orgânico e mental nos levam, muitas vezes, a sentir angústia. Quando associamos este sentimento a uma tristeza, a um processo de ansiedade, temos tendência para dizermos que estamos com *stress*. Por esta razão e outras, o uso do termo *stress* tornou-se trivial, embora nem sempre o utilizemos da forma correcta.

Parece haver uma associação do termo às situações ansiogénicas do nosso quotidiano, por isso, a sua entrada no nosso léxico foi célere e generalizado, sobretudo ao nível dos países industrializados. No entanto, a sua vulgarização não se traduziu numa aclaração da sua definição.

Nesta perspectiva consideramos importante reflectirmos um pouco sobre o conceito de *stress*, através da sua história e evolução.

As primeiras referências ao *stress* de que temos conhecimento verificaram-se no século XIV e já deixam subjacente a ideia de aflição, dificuldade ou adversidade. No século XVII com a física passa a significar “dificuldade, exigência, adversidade, aflição” (Pais Ribeiro, 2007, p.274) evoluindo, por volta do século XIX e XX para algo relacionado com força, pressão, e esforço. O investigador Osler em 1910” (*cit. in*. Pais Ribeiro, 2007, p.274) “ identifica *stress* com trabalho árduo e preocupações e referia que aqueles que viviam sob tais condições (...) tinham altas probabilidades de ter angina pectoris”. Já Cannon, (1935, *cit. in*, Pais Ribeiro, 2007, p.274) fisiologista norte-americano, inova trazendo à discussão o conceito de homeostasia que se refere à capacidade de manter estável o ambiente interno e externo, o que, do ponto de vista biológico se traduz no equilíbrio entre os sistemas do organismo. A quebra dessa estabilidade é denominada pelo investigador de *stress*.

Selye em 1936 (*cit. in.* Pais Ribeiro, 2007, p.274) refere-se ao *stress* como “a syndrome produced by diverse nocuous agents”, como a relação entre determinados factores *stressantes* sendo a resposta provocada inespecífica, não sendo exequível a previsão de um desequilíbrio específico associada a uma determinada situação indutora de stress.

Ao estudar o fenómeno do *stress*, Selye (1936, *cit. in.* Pais Ribeiro, 2007) cria a nomenclatura Síndrome Geral de Adaptação “ (GAS)”, por considerar que ele poderia conduzir à infecção, à doença e à morte. O síndrome desenvolve-se em três fases: alarme, resistência e exaustão. A fase de alarme exprime-se pelas reacções que o corpo apresenta quando o agente stressor é reconhecido existindo, por parte do indivíduo, mobilização para lutar ou para fugir (defesas biológicas). Esta caracteriza-se pelo aumento da produção de adrenalina e de noradrenalina, devido a activação da medula supra-renal pela divisão simpática do SNV. A fase de resistência ocorre quando o agente stressor mantém a acção e o corpo se esforça para resistir aos efeitos da fase anterior para voltar ao seu estado de equilíbrio. Nesta ocorre a activação do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal, há elevação do cortisol do sangue, activação do metabolismo (eixo hipotálamo-hipófise-tiróide e níveis aumentados de hormonas da tiróide), aumento da força muscular e redução dos processos de tumefacção e de inflamação. Por último, a fase de exaustão, acontece quando o *stress* é intenso e duradouro, o corpo tenta reagir, mas, muitas vezes, há falhas dos mecanismos de adaptação. (Serra, 2007)

Ainda citado por Seyle (1946, *cit. in.* Powell & Enright, 1990) existem dois tipos de *stress*: o *eustress* (reacções positivas), que conduz a pessoa para um bom desempenho, para a resolução de problemas, para a criatividade, permite uma resposta adaptativa e o *distress* (reacções negativas), em que as situações aflitivas originam que a resposta do sujeito, seja fisiológica, cognitiva, emocional e comportamental, resulta em desadaptações. O *distress* pode ser agudo quando é intenso e ocorre num período curto, resultante, por exemplo da morte de um ente querido; e é considerado crónico quando é menos intenso, mas que ocorre com mais frequência, por exemplo, em situações tensas no ambiente de trabalho ou a preocupação relacionada com dívidas.

Ao longo do tempo surgiram múltiplas significações acerca do conceito, umas elementares, outras mais complexas, combinando diferentes concepções. Senão vejamos, o *stress* é: um estímulo (Hinkle, 1974, *cit. in.* Justice, 1988), uma resposta

(Selye, 1976, *cit. in.* Justice, 1988), uma interacção entre ambos (Kasl, 1983, *cit. in.* Justice, 1988), um estado (Mikhail, 1981, *cit. in.* Justice, 1988), uma condição ambiental (Baum, Singer & Baum, 1981, *cit. in.* Justice, 1988), uma consequência da ansiedade e da frustração (Appley & Trumbull, 1967, *cit. in.* Justice, 1988).

Numa acção concertada entre diversos factores podemos referir-mo-nos ao *stress*, como o resultado da uma “relação particular entre a pessoa e o ambiente que è avaliada pela pessoa como algo ameaçador e que excede seus recursos pessoais” (Lazarus & Folkman, 1984), como um processo complexo através do qual o organismo responde aos acontecimentos que fazem parte da vida do dia a dia susceptíveis de ameaçarem, ou de colocarem em causa o seu bem-estar, como um estado afectivo ou emocional que é aproveitado para narrar um conjunto de transformações internas decorrentes de situações percebidas como aterrorizantes capazes de alterar o bem-estar das pessoas (Keefe, 1980), como algo que envolve respostas fisiológicas, sentimentos subjectivos e desconforto e comportamentos observáveis (Auerbach & Gramling, 1998), como decorrente de fontes internas e externas em que o acontecimento não é *stressante*, mas sim a forma como é sentido pelo indivíduo, o que nos direcciona para esquemas cognitivos adaptativos ou inadaptativos (Lipp, 1984, *cit. in.* Lipp & Tanganelli, 2002).

As diferentes abordagens feitas ao conceito *stress*, permitem-nos reflectir sobre modelos distintos, entre eles: a ambiental ou industrial, que enquadra a teoria transaccional de *stress*, proposta por Folkman e Lazarus que destaca a correlação entre as cognições, as emoções e os comportamentos, existindo uma estreita ligação entre o indivíduo e o seu meio ambiente, mais especificamente, os seus efeitos nocivos; a biológica, centrada numa resposta fisiológica não específica; e por último, a psicológica em que se enfatiza a acção do indivíduo no contexto do seu ambiente físico e social, valorizando as percepções sobre o mesmo (Pais Ribeiro, 2007).

As definições reflectem opiniões relacionadas com a orientação científica dos autores, o que não nos estranha, pois também nós nos identificamos com Frasquilho (2005, p.435) que com base no Grupo Português de Intervenção Comunitária na área do Stresse Psicossocial refere-se ao *stress* como

“um conceito inovador que congrega a situação (as pressões), todas as respostas humanas à situação, a vivência da mesma e integra a relação entre o biológico e o social, a saúde e a doença (...) o processo de interacção humana, tanto consciente (voluntária) como fisiológica (involuntária) em que a primeira sobressai numa situação de sujeição a estímulos exigentes”.

Acreditamos que o tratamento do *stress* está dependente da identificação dos seus factores, pois só assim será possível criar e adaptar mecanismos e estratégias que possibilitem enfrentar as situações ameaçadoras, de tensão, de ansiedade, com o objectivo de mobilizar recursos emocionais e/ou sociais para inverter os processos conducentes ao *distress* crónico. De acordo com Serra (1998, p.6) “o tratamento do *stress* consiste em levar o indivíduo a identificar os acontecimentos que o perturbam e, de seguida, a criar condições para modificar a maneira como se sente, como pensa ou se comporta”.

1.4. Percepção de stress

Durante a nossa pesquisa bibliográfica acerca do *stress* constatámos que este assenta, também, em causas subjectivas, uma vez que se baseia em questões relacionadas com representações sociais e percepções individuais. De facto nem todas as pessoas reagem da mesma maneira às situações, aos problemas, aos acontecimentos da vida. O que paralisa de medo ou de preocupação alguns de nós, para outros não passa de um verdadeiro catalisador de vitalidade, imaginação e criatividade. Perante determinadas notícias, algumas pessoas ficam transtornadas outras riem. Até o tempo parece ter uma certa influência nas reacções, já que o mesmo acontecimento vivido em alturas diferentes pode ter respostas diferentes, dependendo do nosso estado de espírito.

Todos nós reconhecemos que as nossas experiências passadas, conhecimentos, atitudes, crenças e valores influenciam a nossa capacidade de julgar, a nossa forma de reagirmos, a nossa percepção sobre o que consideramos bom ou mau, sobre o que nos transmite satisfação, prazer, paz ou antes pelo contrário nos faz sentir tristes, ameaçados.

As interpretações que fazemos da realidade estão, intrinsecamente, ligadas ao grau de *stress* experienciado por cada um de nós, em determinadas etapas da vida e às quais retorquimos com respostas múltiplas, que passam por reacções físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais, numa tentativa de encontrarmos o nosso equilíbrio.

Não respondemos, não reagimos, todos da mesma forma perante estímulos temíveis e isso parece evidente para todos nós, quando reflectimos sobre questões como a amargura descomunal de alguns, perante determinadas situações e a aceitação pacífica

de outros. Há quem consiga manter a boa disposição, a vontade de viver perante conjunturas que parecem intransponíveis, inultrapassáveis, tornando-as, por vezes, verdadeiros desafios.

A avaliação que fazemos da situação pode ser ou não incitadora de *stress*, dependendo da forma como reagimos, a resposta pode ser adaptativa ou ineficaz (Ramos, 2001). O que induz um indivíduo ao *stress* pode não ter qualquer consequência para um outro, pois como já mencionamos, tudo depende da percepção e da avaliação que cada um faz do acontecido, se é ou não sentido como uma ameaça ao seu bem-estar (Coelho, 1998, *cit. in.* Rodrigues, 2008). A intensidade e o tipo de resposta é também variável, mediante a apreciação que realizamos do ocorrido.

Nos seus trabalhos, Lovallo (1997) sugere que as ideias ganham poder sobre o corpo e que, daí, podem decorrer emoções negativas com reflexões em alterações autonómicas e endócrinas do corpo.

São as diferenças individuais que fazem as pessoas seres únicos e singulares, que influenciam as percepções e as avaliações das fontes de *stress* e que, claramente, interferem na forma como reagimos. Igualmente, destacamos o “*timing*”, ou seja, o mesmo estímulo, em ocasiões diferentes, pode resultar em percepções diferentes, em imagens distintas sobre o mesmo assunto. Face ao mesmo factor *stressor*, o sujeito pode percepcioná-lo como sendo mais ou menos ameaçador. Nesta linha de pensamento destacamos Strelau (1988, *cit. in.* Pais Ribeiro, 2007, p.282) que diz que “o estímulo objectivo é apreciado com base, tanto das características do estímulo como das características de personalidade do indivíduo”. Na sua opinião, a avaliação dos estímulos pode ser cumprida, através da realização da interpretação do acontecimento, da situação, o que, neste caso em especial, designamos de avaliação primária; e através de uma apreciação em que se têm em linha de conta, os recursos, as limitações existentes e se escolhem as estratégias de *coping* a empregar, tratando-se esta de uma avaliação secundária (Pais Ribeiro, 2007).

Neste sentido, Singer e Davidson (1986 *cit. in.* Ramos, 2001), são da opinião de que cada um de nós tem a sua forma peculiar de se relacionar com o mundo, por isso, percepcionamo-lo de formas diferentes e experienciamos, por conseguinte, o *stress*, tal-qualmente, de um modo pessoal e único. As diferenças individuais legitimam, o facto de não existirem duas vivências iguais de *stress*, de haver variabilidade na interpretação das situações indutoras de *stress*, bem como na escolha de estratégias de *coping* (Singer

& Davidson, 1986, *cit. in.* Ramos, 2001). Estas diversidades inscrevem-se na personalidade de cada um de nós e é o que determina, inequivocamente, a variabilidade (positiva ou negativa) das experiências de *stress*. Certamente, não são as únicas, pois temos que equacionar, analogamente, os factores extrínsecos à pessoa, designadamente, o suporte social, as variáveis demográficas, as condições físicas do trabalho, entre outros (Ramos, 2001).

De acordo com Figueiredo e Soares (1999) o *stress* não fica, apenas, pela situação em si, já que prevê a interacção entre os indivíduos e a situação. Ele prevê uma interacção sistemática entre o sujeito e o contexto envolvente, em que operamos como seres psicológicos capazes de avaliar os estímulos, de acordo com determinados factores, não nos limitando a respostas simples.

A avaliação que efectuamos ocorre a dois níveis, numa fase inicial, primária, em que adquirimos um conhecimento sobre o mundo exterior, podendo evoluir para uma avaliação secundária, em que se consideram os prós e contras das estratégias de *coping* a desenvolver. Desta forma, o indivíduo é confrontado no seu ambiente com várias contrariedades, obstáculos e constrangimentos, que estão, na maioria das vezes, na origem do *stress*. Estes são filtrados e seleccionados, através das percepções e, daí, podem decorrer mudanças no ambiente, dependendo dos esforços adaptativos empreendidos pelo indivíduo (Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves, & Ramos, 2002).

Em resumo, o *stress* consiste num desequilíbrio entre as imposições ambientais e as armas, os recursos que o indivíduo possui para os defrontar. Quando este sente que não tem capacidade, ou recursos para responder às exigências que lhe são feitas, fica numa situação debilitante, entrando em pânico perante a ameaça evidente de insucesso. Cria-se uma situação de *stress*, o organismo reage de forma automática e global, para afiançar a sua adaptação e continuidade. A mobilização de todos os recursos disponíveis para fazer face ao obstáculo, é desencadeada pelo “estar em stress”, se a situação de equilíbrio é reposta, a pessoa sente-se bem, gera-se bem-estar, mas se pelo contrário a intensidade for prolongada, o esforço de adaptação for grande, o processo de resolução/tolerância pode tornar-se inoperante (Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves, & Ramos, 2002).

Abordar as questões relacionadas com o *stress* é pensarmos sobre a nossa vida, nos diferentes domínios, por exemplo, da família, do bem-estar físico, emotivo e social, da carreira e do trabalho, entre outros. Em todos eles podem surgir situações adversas

em que é necessário fazer emergir as nossas características individuais para enfrentar os factores indutores de stress, na esperança de o ultrapassarmos de uma forma positiva, de onde resulte produtividade, criatividade e satisfação.

1.5. Satisfação no trabalho

Actualmente, reconhecemos que o *stress* é indissociável da vida moderna, do capitalismo, do lucro, da produtividade e, por conseguinte, da vida profissional. Hoje em dia há um esquecimento da humanização em prol da produção laboral. Sabemos que, quando ele sucede em “doses” moderadas, acaba por ser funcional, já que nos motiva e nos ajuda a fazer face à competitividade, aos desafios, ao excesso de trabalho, tornando-nos activos e criativos (Carvalho, 1988). Contudo, a partir de determinados níveis, pode ser prejudicial à nossa saúde (Serra, 1999).

Decorrente da nossa experiência profissional sabemos que, se não nos sentimos bem no nosso trabalho, se não sentirmos prazer nas tarefas que desempenhamos, se não sentirmos que o que fazemos não nos completa em termos pessoais e profissionais, que algo está mal, somos assolados por um sentimento de angústia, de mal-estar, que, em muitos casos, conflui para *stress*. Também Serra (1999) defende que trabalho e a vida profissional são apreendidos como algo que facilita a auto-estima do indivíduo e que coadjuva a definição da própria identidade, existindo várias fontes de progresso, entre elas o *stress*. Porém, não podemos deixar de referir que as relações entre trabalhadores, as características pessoais de cada um de nós aliadas às condições de trabalho, às exigências que nos são feitas, podem gerar tensões, pânico, sentimentos de ameaça, acabando mesmo por se traduzir na própria vivência sintomática de *stress*.

A incapacidade do trabalhador para controlar as situações adversas, a falta de apoio social para o ajudar a superá-las, implicam reacções do foro emocional, cognitivo, comportamental ou fisiológico. Não é, no entanto, possível identificar todas as potenciais fontes de *stress* existentes no trabalho, assim como não conseguimos prever com toda a certeza, todos os efeitos desses problemas no rendimento e bem-estar dos indivíduos (Levi, 1990).

As exigências profissionais podem gerar desajustes e tensões entre as situações profissionais, a capacidade de dar respostas e os recursos do indivíduo ou do contexto em que está inserido. Decorrente deste panorama, resulta o conceito de *stress*

profissional, que personifica “a inter-acção das condições de trabalho com as características do trabalhador de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas” (Ross & Altmaier, 1994, p. 12).

Por sua vez, Cardoso, Araújo, Gonçalves e Ramos (2002) entendem que quando a interacção das condições laborais e das características do indivíduo impossibilitam a produção das respostas adequadas às exigências, se ultrapassa a capacidade de lidar com elas, colocando-nos, então, diante de um novo conceito, o *stress* ocupacional. Segundo Cooper (1993) o *stress* ocupacional é “um problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequências problemas na saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afectando o indivíduo e as organizações” (*cit. in.* Guimarães, Martins *et al.*, 1999, p.217). Acontece quando há a percepção, por parte do trabalhador, da sua incapacidade para realizar as tarefas solicitadas, provocando-lhe sofrimento, mal-estar e um sentimento de incapacidade para enfrentar o fracasso, a derrota.

O *stress* ocupacional decorre da improficiência do indivíduo em se adaptar satisfatoriamente às constantes transformações e exigências da sua actividade profissional (Tattersall & Farmer, 1995, *cit. in.* Horta, 2005). Tal inoperância torna difícil o cumprimento e a manutenção dos níveis de rendimento esperados e que estão no cerne da satisfação profissional (Wiggins, 1995). A satisfação no trabalho pode ser entendida como “um estado emocional agradável ou positivo, que resultou da avaliação de algum trabalho, ou de experiências no trabalho” (Locke, 1976). Igualmente Smith, Kendall e Hulin (1969 *cit. in.* Seco, 2000) defendem que a satisfação no trabalho traduz-se num conjunto de sentimentos positivos ou negativos que o sujeito manifesta em relação ao seu trabalho. É, também, relevante para a satisfação no trabalho, a realização e a concretização de expectativas (Cabral, Vala, & Freire, 2000).

Creemos que a motivação e a eficiência são indissociáveis da satisfação e do bem-estar. Martins (1984), sustentava que o homem trazia consigo uma bagagem individual, que compreendia crenças e valores para avaliar o seu trabalho. A avaliação resultava num estado emocional bipolar, onde a percepção de agradabilidade produzia satisfação e o desagrado levava à insatisfação. Parece, pois evidente que a satisfação no trabalho é, em grande medida resultante de mecanismos afectivos e mentais.

Existem, ainda outros factores que influenciam, de forma significativa, a satisfação no trabalho, nomeadamente, factores externos e internos (Martinez &

Paraguay, 2003). Daí que descrever o significado do que é a satisfação no trabalho é, um pouco mais complexo do que parece, numa primeira abordagem.

O conceito foi estudado por inúmeros investigadores, entre eles Locke (1976, *cit. in.* Francés, 1981) que refere que existem três fases distintas que o caracterizam. A primeira, a escola psico-económica baseada nas investigações desenvolvidas por Taylor, em que o operário era seleccionado cientificamente, por forma a ter “o homem certo para o lugar certo”. A tónica da teoria assentava no aumento da produtividade, do lucro, através da racionalização do trabalho do indivíduo e da redução de custos. A fadiga e o salário eram considerados os factores que influenciavam a satisfação e a produtividade. Esta última influenciava as remunerações, ou seja, quem trabalhasse mais e melhor auferia um vencimento maior. A satisfação no trabalho “era uma atitude relativa à filosofia do trabalhador acerca da cooperação com a gerência de sua visão de seus próprios interesses” (Martins, 1984, p. 2).

A segunda, a escola psico-sociológica, abrangia as teorias de Mayo e Hawthorne (1933, *cit. in.* Francés, 1981). A satisfação no trabalho era influenciada pelas relações interpessoais dentro das organizações, pelas psicológicas e sociais dos trabalhadores. De acordo com Hawthorne aspectos como pausas para descanso, importância dos grupos informais de trabalho, da supervisão recebida, a percepção que o trabalhador tinha do seu trabalho, entre outros, tinham repercussões na satisfação do trabalho. O vencimento, não era o único aspecto a ser considerado. A satisfação profissional não decorre unicamente das motivações económicas, há que considerar, identicamente, os factores relacionados com a afirmação profissional e com o desenvolvimento pessoal (Del Cura & Rodrigues, 1999).

Por último, a escola do desenvolvimento surge com os estudos de Herzberg, Mausner e Snyderman (1959, *cit. in.* Francés, 1981). Estes reconhecem, pela primeira vez, que a satisfação profissional não provém meramente de variáveis manipuláveis, mas também de aspectos associados à personalidade do indivíduo. É assim que surge a teoria dos dois factores que propõe a existência de dois grupos de factores responsáveis, separadamente, pela satisfação no trabalho, os motivadores e os higiénicos. Os primeiros referem-se ao próprio trabalho, ao desempenho, à promoção e ao reconhecimento pelo trabalho executado e pela insatisfação no trabalho. Os segundos, à supervisão, às relações interpessoais no trabalho, à política de organização e ao salário.

Gostar-se ou não de uma situação que se verificou no trabalho é um estado

afectivo que compromete a satisfação no trabalho. Mais uma vez, aludimos ao facto, desta estar relacionada com o grau de prazer de cada um de nós (Brewer & Clippard, 2002).

Como vimos, podemos concluir que depois de décadas de estudos, ainda não há acordo na literatura sobre causas e componentes da satisfação no trabalho. Ficaram-nos teorias importantes como: as teorias de conteúdo que realçam os motivos e as necessidades que incitam o comportamento, que abrangem os estudos preconizados por Maslow (teoria da hierarquia das necessidades), Herzberg (teoria dos factores motivadores e higiénicos) e McClelland (teoria dos motivos); as teorias processuais que sustentam que a satisfação profissional provém das nossas percepções, dos sentimentos de agradabilidade relativas ao trabalho que executamos em prol dos nossos objectivos mais valorizados, que incluem os estudos desenvolvidos por Vroom (teoria das expectativas), Hackman e Oldham (teoria da discrepância, o modelo das características do trabalho) e Dawis e Lofquist (teoria da adaptação ao trabalho); por fim, as teorias situacionais, que são abordadas no modelo de processamento social de informação, na teoria dos eventos situacionais e no modelo dinâmico de satisfação no trabalho.

Pelo exposto, a satisfação profissional, na nossa opinião, revela-se algo que depende de variáveis como os sentimentos, os desejos, as aspirações as percepções, as atitudes, os afectos, as disposições, os ambientes e a vontade de sermos felizes.

1.6. Relaxamento

Depois de termos abordado conceitos como a ansiedade, o *stress* e a satisfação profissional achamos que faz todo o sentido pensarmos em formas de proporcionar bem-estar à pessoa. Nesta perspectiva o relaxamento enquanto processo psicofisiológico poderá proporcionar um elevado descanso corporal e uma grande tranquilidade mental aos cuidadores formais que vivem momentos de angustia, de cansaço físico e mental (Serra, 2007).

O relaxamento é, de acordo com Sweeney (1978, *cit. in.* Payne s/d), um estado ou uma resposta que é percebida de uma forma agradável positiva, que permite à pessoa sentir alívio da tensão e do cansaço. O ócio, a serenidade, o sossego sentido com o relaxamento é uma mescla de emoções, de aspectos do foro psicológico que traduzem uma deliciosa ausência de pensamentos *stressantes* ou incómodos.

Para Titlebaum (1988, *cit. in* Payne s/d) , o relaxamento tem três objectivos: o primeiro é uma medida de “Prevenção”, ou seja, serve para proteger os órgãos do nosso corpo de um consumo dispensável e, particularmente, ao nível dos que são envolvidos nas doenças decorrentes de *stress*; o segundo, refere-se ao “Tratamento” e destina-se a proporcionar o alívio do *stress* e que, em muitos casos, está na origem de cefaleias, tensões, insónia, entre outras; o terceiro reporta-se à “Técnica” que possibilita enfrentar as dificuldades, no sentido de aquietar a mente e facilitar uma maior clarificação e eficácia do pensamento. Se por um lado, o *stress* negativo debilita mentalmente as pessoas, o relaxamento contraria este aspecto e devolve a paz necessária para prosseguirmos.

O relaxamento é, também, um conceito de múltiplas interpretações e que, por isso, foi alvo de várias teorias explicativas, umas com um enfoque maior nas variáveis fisiológicas, outras que deram um maior ênfase às psicológicas.

Nesta linha de pensamento, evidenciamos Jacobson que em 1929 desenvolveu algumas investigações com indivíduos hipertensos, partindo do princípio que certos factores psicológicos poderiam estar na origem da hipertonia muscular, do *stress* e da ansiedade (Dias, 2007). Reconheceu analogamente, que existia uma relação directa entre o relaxamento muscular e a redução da actividade eléctrica cerebral. Tal constatação permitiu-lhe atestar que agindo sobre o sistema muscular da pessoa podia ter um controlo directo sobre o seu estado mental. Desta forma, demonstrou cientificamente que a ansiedade pode ser reduzida através do relaxamento muscular (Dias, 2007).

Também Conrad e Roth em 2007 referiram que o relaxamento dificulta a produção de pensamentos e emoções, e anula os efeitos da hipertensão neuromuscular sobre o corpo.

Jacobson, autor da técnica de “Relaxamento Muscular Progressivo” desenvolveu, em 1938, procedimentos que permitem baixar a tensão arterial e a frequência cardíaca (Conrad & Roth, 2007). A técnica continua actual, sendo uma das mais utilizadas, de acordo com uma revisão realizada por Manzoni e outros em 2008 que retrata os últimos 10 anos da sua aplicação. Esta passa pela aprendizagem da forma como se devem contrair os músculos, seguindo-se momentos de relaxamento para cada grupo de músculos do corpo. A alternância permite à pessoa a percepção de quando o músculo está tenso e quando está relaxado. Esta consciencialização permitirá a pessoa

que possa incluir estes movimentos nas suas rotinas diárias, favorecendo o aparecimento de um sentimento de bem-estar (Conrad & Roth, 2007).

As sessões de “Relaxamento Muscular Progressivo” iniciam-se com o sujeito sentado ou deitado, devendo este estar numa posição confortável e descontraído. Para facilitar a descontração poderá estar de olhos fechados. Começam os exercícios, após alguns instantes. A terapeuta responsável pela sua execução dá indicações verbais ao indivíduo e ele vai executando o movimento de contração e de relaxamento de um determinado grupo muscular. Estes procedimentos executam-se repetidamente em períodos de 30 a 40 segundos, até que se complete o programa definido para todos os grupos musculares.

Numa fase inicial a pessoa deverá aprender a utilizar as técnicas para as realizar autonomamente no seu quotidiano sem a ajuda da terapeuta (O'Donohue, Fisher, & Hayes, 2003). Inicialmente dá-se a contração de alguns músculos considerados importantes e depois a sua descontração de forma gradual e progressiva, é assim que o relaxamento natural acontece. Assistimos, nessa altura ao relaxamento muscular, à diminuição da frequência cardíaca, à redução da pressão sanguínea e a outras mudanças psicofisiológicas indiciadoras de uma diminuição da estimulação simpática.

A contração muscular voluntária permite a pessoa ir percebendo as diferenças existentes entre os dois momentos, a tensão e o relaxamento, que ocorrem nos grupos musculares, facilitando assim a aprendizagem da técnica (Caballo, 1996; Jacobson, 1997, *cit. in* Almeida & Araújo, 2005).

Também no século XX, Johannes Heinrich Schultz apresenta o “treino autogénico” que designava um método de relaxamento que remetia para a utilização de técnicas sugestivas e de interpretações de carácter psicanalítico. Pinkerton (1982, *cit. in* Serra, 2007) reconhece que existem diversos métodos de proporcionar relaxamento, evidenciando contudo, o progressivo de Jacobson e o treino autogénico de Schultz.

A multiplicidade de estudos surgidos permitiram chegar a conclusões importantes acerca do relaxamento, entre elas: que a resposta ao relaxamento desperta transformações ao nível da divisão simpática do sistema nervoso vegetativo e do sistema nervoso central. No primeiro, assistimos a uma diminuição do “consumo de oxigénio, da frequência respiratória, do volume respiratório minuto e dos níveis de lactato no sangue arterial”. No segundo, existe uma diminuição da actividade “cortical

nas regiões anteriores do cérebro e uma redução na latência do começo do sono” (Friedman et al., 1998, *cit. in* Serra, 2007, p.759). Reconhecemos na actualidade que o relaxamento é usualmente utilizado como forma de controlar a ansiedade, a dor, de aumentar a capacidade de auto-monitorização, proporcionando uma maior tranquilidade, vitalidade, equilíbrio e lucidez. Para além disso, diminui a agressividade, favorece o bem-estar emocional, melhora a capacidade de concentração e de memorização (Dias, 2007; Serra, 2007). Estes factores são preponderantes quer para o bem-estar da pessoa a cuidar quer para o bem-estar de qualquer cuidador, seja ele formal ou informal, pelo que o treino de relaxamento não deve ser negligenciado. De acordo com Serra (2007), este poderá auxiliar os indivíduos mais instáveis emocionalmente, os mais propensos a respostas mais intensas e exageradas. O treino do relaxamento pode ajudar a lidar com as situações de ameaça, de pânico que desencadeiam ansiedade, a insatisfação e o *stress*.

Na verdade o indivíduo com *stress* pode ser ajudado através de técnicas de relaxamento, obtendo-se, não raras as vezes, melhorias ao nível da memorização, da percepção, da atenção e da tomada de decisão. Deste modo, facilita-se o aparecimento de um pensamento/raciocínio mais lógico em detrimento das distorções da realidade. Hoje são conhecidos muitos benefícios na utilização do treino de relaxamento, designadamente em problemas de saúde associados ao *stress* (Serra, 2007).

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPIRICO

Descrevemos neste capítulo a metodologia utilizada no âmbito do estudo empírico.

1. Metodologia

Neste trabalho tivemos como objectivo avaliar o impacto de um programa de relaxamento na percepção de stress nos cuidadores formais do lar da Liga de Amigos de Aguada de Cima (LAAC). Para atingirmos este objectivo, formulámos a seguinte hipótese:

H_1 - O nível de stress das funcionárias do lar diminui depois da implementação do programa de relaxamento.

Sendo a hipótese nula:

H_0 - O nível de stress das funcionárias do lar não diminui depois da implementação de um programa de relaxamento.

Descritas as hipóteses, passámos apresentar os instrumentos utilizados neste estudo.

O nosso estudo foi de uma metodologia quantitativa onde os pressupostos funcionaram de uma forma sequencial. A investigação quantitativa caracterizou-se pela actuação nos níveis de realidade e apresentou como objectivos a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis. Este tipo de investigação mostrou-se geralmente apropriado porque existiu a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma população. Usou medidas numéricas para testar hipóteses, mediante uma rigorosa recolha de dados, ou procura padrões numéricos relacionados com conceitos quotidianos (Fernández & Díaz, 2002).

Foi um estudo experimental, pois aplicámos um plano de intervenção num grupo, e o outro serviu de grupo controlo ou testemunha. Posteriormente manipulámos as variáveis explicativas num grupo, de forma a estudar o seu efeito nas variáveis resultado. O outro grupo serviu como termo de comparação ou seja grupo-controlo ou testemunha.

Todos os pressupostos éticos foram considerados na realização deste estudo, tendo, por isso sido realizado o pedido de autorização à Administração do lar de Aguada de Cima e pedido o consentimento informado a todas as funcionárias que participaram

no estudo, assim como também foram aplicadas as regras de anonimato face ao preenchimento dos questionários.

A análise dos dados de pressão arterial, frequência cardíaca e dos scores dos questionários, foram realizados através dos testes, de Wilcoxon, de Coeficiente de Correlação rho de Spearman e de Friedman para amostras emparelhadas, com um nível de significância de 95% para rejeição de H_0 , usando o software SPSS Statistics e, assim, podermos avaliar se existiu uma correlação positiva entre a ansiedade e a percepção do stress.

Os questionários que utilizámos foram adaptados, viabilizados e fiabilizados de acordo com os testes levados a cabo por investigadores portugueses, designadamente Pais Ribeiro, *et al.* (2006), tendo sido considerado o valor de Alfa de Cronbach por eles considerado. A nossa mostra era demasiado reduzida para que o pudessemos calcular, pois poderíamos ser induzidos em erro.

De seguida, passamos a apresentar a nossa amostra e os instrumentos utilizados neste estudo.

1.1. Instrumentos

Relativamente aos instrumentos que sustentaram a recolha de dados, decidimos aplicar questionários de auto-preenchimento, evitando sobrecarregar e interferir com o funcionamento do lar. Usámos ainda um esfigmomanómetro de pulso digital que utiliza o método oscilométrico, de forma a facilitar a medição da tensão arterial sistólica, diastólica e a frequência cardíaca.

No decorrer do nosso estudo aplicámos quatro grupos de questionários e utilizámos uma folha de registo para assentar os valores de tensão arterial e frequência cardíaca. O grupo II, III e IV são instrumentos já validados, fiáveis e adaptados em estudos anteriormente realizados. As versões utilizadas encontravam-se em português.

O questionário do Grupo I (Anexo II), focou questões sócio-demográficas consideradas pertinentes, como idade, sexo, estado civil, existência de filhos, habilitações literárias, tempo de serviço na instituição e carga horária semanal.

O questionário do Grupo II avaliou a ansiedade e foi efectuado através do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), com tradução e adaptação efectuada

por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Menezes & Baltazar (2006) a partir do original de Zignond & Snaith (1983) (Anexo III), o valor de Alfa de Cronbach foi de 0,76.

O HADS consiste em duas subescalas, uma que mede a ansiedade (itens ímpares) e outra que mede a depressão (itens pares). Cada uma das subescalas é constituída por 7 itens e são pontuadas separadamente como tal, para cada escala a pontuação pode oscilar entre 0 e 21 pontos. Para cada subescala (ansiedade ou depressão) a obtenção de uma pontuação total inferior ou igual a 7 correlaciona-se com provável inexistência de ansiedade ou de depressão (dependendo se se trata da subescala de ansiedade ou de depressão, respectivamente). Uma pontuação total de subescala entre 8 e 10 pontos sugere probabilidade de se desenvolver ansiedade ou depressão, e por fim, uma pontuação total de subescala igual ou superior a 11 pontos aponta possivelmente a existência de ansiedade ou depressão.

O questionário do Grupo III avaliou a percepção do stress e foi efectuado através da Perceived Stress Scale, de Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), e adaptado por Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves e Ramos (2002), com o valor de Alfa de Cronbach de 0.86 (Anexo IV). O objectivo deste instrumento foi a avaliação do grau de stress sentido pelos sujeitos num dado momento. A escala apresenta três versões: uma com 14 itens, outra com 10, e ainda uma com 4, para ser aplicada via telefone. No presente estudo optou-se por utilizar a escala composta por 14 itens, por se encontrar mais próxima do estudo original, tendo sido aplicada por auto-preenchimento e não por via telefónica.

As respostas foram dadas numa escala ordinal de cinco posições, acerca da frequência com que aqueles sentimentos ou pensamentos ocorreram, variando entre a gradação de zero a quatro. Desta forma ao “nunca” correspondeu o valor zero, ao “quase nunca” o valor um, ao “algumas vezes” o valor dois, ao “com muita frequência” o valor três e, por último, ao “muitas vezes” o valor quatro.

Este grupo possui itens formulados de forma positiva e negativa, por isso, no tratamento de dados, tivemos a necessidade de inverter a escala. Os itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 12 passaram a ser cotadas pela escala de quatro a zero, correspondendo o “nunca” a quatro e o “muitas vezes” a zero. Deste modo, quando foi feita a soma dos itens a uma nota mais elevada correspondeu maior *stress*.

O grupo IV para a avaliação da satisfação no trabalho foi efectuada através de um questionário que visou avaliar a satisfação no trabalho, de Pais Ribeiro (2008), com o valor de Alfa de Cronbach de 0.8 (Anexo V). Este questionário foi constituído por uma escala com 24 itens, na qual as opções de resposta são formuladas numa escala de Likert de 6 pontos, onde o 1 corresponde a “discorda totalmente” e o 6 a “concorda totalmente”.

O questionário avaliou seis dimensões, a “Segurança com o futuro da profissão” (itens 5, 8 e 13), o “Apoio da hierarquia” (itens 4, 11 e 19), as “Condições físicas do trabalho” (itens 9, 17 e 23), estas variaram entre o valor mínimo de três e o máximo de dezoito, correspondendo à soma dos valores obtidos com as respostas dos inquiridos, a “Relação com colegas” (itens 7, 20, 22 e 24) variaram entre o valor mínimo de quatro e o máximo de vinte e quatro, o “Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado” (itens 1, 6, 15, 18 e 21) com a pontuação mínima de cinco e a máxima de trinta e por último a “Satisfação com a profissão” (itens 2, 3, 10, 12, 14 e 16) que permitiram a obtenção de valores entre o seis e o trinta e seis.

Nas dimensões acima supracitadas verificámos, igualmente, a existência de itens que foram invertidos, designadamente os itens: 1, 2, 3, 10, 20, 21 e 24.

O questionário possibilitou a obtenção de um valor total para cada dimensão e ainda um valor total, resultante da soma de todas as dimensões compreendido entre o valor mínimo de 24 e o valor máximo de 144.

Por último, usámos a folha de registo para a anotar os valores da tensão arterial e frequência cardíaca (Anexo VI).

1.2. Procedimentos

A unidade de análise que se encontra implícita é um *score* que reflecte os valores dos questionários aplicados.

Para procedermos à recolha de dados optámos pelo distrito de Aveiro, concelho de Águeda, localidade de Aguada de Cima. Assim, foi enviada uma carta à Direcção do Lar da Liga dos Amigos de Aguada de Cima, solicitando autorização para a implementação de um programa de relaxamento na percepção de stress nos cuidadores

formais do lar, e para a recolha de questionários junto das funcionárias, bem como a descrição dos objectivos do estudo e os questionários a aplicar.

Após o parecer positivo da direcção da instituição, na primeira sessão, a terapeuta apresentou-se e fez uma breve explicação do estudo e do programa de relaxamento. As funcionárias tiveram oportunidade para colocar as suas dúvidas, tendo sido esclarecidas, relativamente à sua participação, particularmente ao seu carácter voluntário, à não influência do mesmo na sua actividade diária, bem como no seu contrato laboral.

As funcionárias foram escolhidas aleatoriamente, atendendo a alguns critérios de inclusão e de exclusão. Nos primeiros critérios abrangia-se a capacidade dos inquiridos em responder aos questionários, o trabalho directo com idosos e a permanência na sua actividade profissional ao longo do tempo em que decorresse o estudo, nos segundos incluiu-se o analfabetismo, ausência temporária e o término do contrato laboral. Quando finalmente ficou definido quem iria participar no estudo foi, então, solicitado às intervenientes que tomassem conhecimento do conteúdo do documento consentimento informado. Este foi assinado pelos intervenientes, salvaguardando deste modo algumas questões éticas, designadamente o anonimato e a utilização futura dos dados obtidos (Anexo I).

De seguida procedemos à distribuição dos questionários junto da amostra. Após a sua recolha iniciámos a implementação do programa de relaxamento. Este realizou-se em 16 sessões, numa sala cedida pelo lar, com duração de 30 a 45 minutos. Quisemos, no entanto, antes de iniciarmos, saber qual o horário mais adequado para a sua implementação, de forma a não interferirmos na actividade profissional das funcionárias; a escolha recaiu sobre o horário noturno, altura da mudança de turno. Atendendo-se aos horários laborais das funcionários, bem como à sua disponibilidade elaborámos a calendarização das sessões e o cronograma das mesmas.

O programa de relaxamento foi realizado durante os meses de Janeiro a Abril, tendo sido aplicadas 2 sessões por semana, a dois grupos de funcionárias, num total de 10 sessões por funcionária.

A tensão arterial e a frequência cardíaca foram medidas no início e no final de cada sessão de relaxamento, com o esfigmomanómetro digital de pulso da marca Tensoval mobil (Hartmann). Este cumpre as normas de Directiva Europeia 93/42/EEC

sobre dispositivos médicos, e ostenta a marca CE. Para o efeito, as funcionárias, em todas as sessões, estavam sentadas em sofás individuais, os seus braços apoiados nos apoios laterais, favorecendo-se uma postura adequada ao procedimento de medição e posterior relaxamento. Esta posição permitiu que ao colocarmos o esfigmomanómetro no pulso das participantes, este fica-se mais ao nível do coração possibilitando uma maior precisão na mediação da pressão arterial e da frequência cardíaca.

Na última sessão foram novamente passados os questionários aos dois grupos, controlo e experimental, para recolher dados que nos permitissem verificar se o programa de relaxamento ocasionou alteração na percepção do stress das funcionárias.

1.3. Amostra

A nossa amostra foi constituída por 16 funcionárias, as quais aceitaram voluntariamente participar neste estudo de investigação. A selecção para a constituição dos grupos controlo e experimental foi aleatória, ou seja, os seus elementos foram escolhidos de forma casual.

Como critérios de inclusão no programa, considerámos todas as funcionárias que quiseram participar no estudo, que trabalharam directamente com os idosos do lar e que foram capazes de responder aos questionários. Excluímos uma funcionária que por motivos de saúde se encontrava de baixa e que pertencia ao grupo experimental e duas funcionárias que desistiram do programa.

1.4. Caracterização da amostra

A nossa amostra foi constituída por dezasseis funcionárias de um lar do concelho de Águeda, sendo que oito delas pertenciam ao grupo designado de controlo e as outras oito ao grupo experimental.

Para caracterizarmos as nossas respondentes considerámos, de entre as questões que colocámos, a idade, o sexo, o estado civil, a existência de filhos ou não, as habilitações literárias, o tempo de serviço na instituição, as horas semanais de trabalho na instituição, o tipo de contrato laboral e a sua percepção sobre a sua situação profissional (estável/instável).

1.4.1 Idade

Pela análise da tabela 1, verificámos que a amplitude de variação da amostra é de 29, dado que a idade varia entre o mínimo de 32 anos e um máximo de 61 anos. A média de idades (\bar{x}) é de 50,63 anos. Quanto ao desvio padrão (s), calculado a partir das idades reais, este é de 7,97 anos. A amplitude de variação entre o valor mínimo e máximo é de 29 anos.

Q. 1 – Idade	\bar{x}	s	Mínimo	Máximo	A
	50,63	7,97	32	61	29

Tabela 1 – Medidas de tendência central e de dispersão da variável idade.

De acordo com a observação dos dados podemos constatar que três das inquiridas têm cinquenta e três anos e duas cinquenta e cinco e as restantes variam entre os trinta e dois anos e os sessenta e um.

Q. 1 – Idade	F	fr %
32	1	6,3
34	1	6,3
46	1	6,3
47	1	6,3
49	1	6,3
50	1	6,3
52	1	6,3
53	3	18,8
54	1	6,3
55	2	12,5
56	1	6,3
60	1	6,3
61	1	6,3
Total	16	100,0

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a idade.

1.4.2 Sexo

Procurámos caracterizar a nossa amostra de acordo com a pertença dos inquiridos ao sexo feminino ou ao sexo masculino, por considerarmos que os resultados

obtidos poderão ser relevantes para o nosso estudo. De seguida apresentamos a variável dicotômica, o sexo (tabela 3).

A nossa amostra é constituída unicamente por mulheres.

Q. 2 - Sexo	f	fr %
Feminino	16	100,00
Masculino	0	0,00
Total	16	100,00

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o sexo

1.4.3 Estado Civil

Quisemos caracterizar a nossa amostra segundo o estado civil das inquiridas e obtivemos os resultados apresentados na tabela 4. Relativamente ao estado civil, 75,0% (12) das inquiridas eram casadas, uma solteira, uma divorciada e outra viúva, correspondendo a percentagens de 6,3%.

Q. 3 – Estado Civil	F	fr %
Solteira	1	6,3
Casada	12	75,0
Divorciada	1	6,3
Viúva	1	6,3
Não respondeu	1	6,3
Total	16	100,00

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo o Estado Civil

1.4.4 A Existência de filhos

A existência de filhos, também, nos pareceu importante para caracterizar a nossa amostra, pelo que iremos apresentar de seguida os resultados alcançados (tabela 5).

Todas as funcionárias inquiridas confirmaram a existência de filhos.

Q. 4 - Existência de filhos	f	fr %
Sim	16	100,00
Não	0	0,00
Total	16	100,00

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a existência de filhos

1.4.5 Habilitações Literárias

No intuito de caracterizar a nossa amostra segundo as suas habilitações literárias, colocámos como opções de resposta o ensino básico e o secundário, tendo verificado que a maior parte das funcionárias têm o 3º ciclo de escolaridade, 37,5% (6), 18,8% (3) o ensino secundário, 12,5 % (2) o 1º e 2º CEB respectivamente e 6,3% (1) tem o 1º CEB incompleto (tabela 6).

Q. 5 – Habilitações Literárias	F	fr %
1º Ciclo do ensino Básico incompleto	1	6,3
1º Ciclo do ensino Básico (CEB)	2	12,5
2º Ciclo do ensino Básico	2	12,5
3º Ciclo do ensino Básico	6	37,5
Ensino Secundário	3	18,8
Não respondeu	2	12,5
Total	16	100,0

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias

1.4.6 Tempo de serviço na instituição

Quisemos caracterizar a nossa amostra segundo o número de anos de serviço na instituição (tabela 7), variável quantitativa, constatando que a média se situa nos 71,80 meses, o desvio padrão determinado é de 36,32. Calculada a amplitude de variação, considerando o mínimo de 12 meses e o máximo de 120 meses, esta é de 108 meses.

Q. 6 -Tempo de serviço na instituição	\bar{x}	s	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>A</i>
	71,80	36,32	12	120	108

Tabela7 – Medidas de tendência central e de dispersão da variável tempo de serviço na instituição.

Quanto ao tempo de serviço (tabela 8) pela análise das frequências verificámos que existia 1 funcionária a trabalhar na instituição há 120 meses, o que representa 6,3%. Entre os 12 e os 48 meses e nos 96 meses também há uma distribuição análoga (6,3%). Já com 72 e 108 meses encontrámos quatro funcionárias por cada período de tempo.

Q. 6 Tempo de serviço na instituição (meses)	f	fr %
Não respondeu	1	6,3
12	1	6,3
18	1	6,3
27	1	6,3
36	1	6,3
48	1	6,3
72	4	25,0
96	1	6,3
108	4	25,0
120	1	6,3
Total	16	100,0

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço na instituição (meses).

1.4.7 Horas de trabalho semanal na instituição

Para a caracterização dos inquiridos considerámos, também, a variável quantitativa, horas semanais de trabalho na instituição (tabela 9), já que pensamos que esta poderá influenciar o desempenho profissional dos respondentes.

Assim concluímos que a maioria das funcionárias, 81,3% (13), trabalhavam 40 horas semanais. Duas delas tem uma carga horária semanal de 37 horas, correspondendo a 12,5% e uma apresenta um horário semanal de 48 horas (6.3%).

Q. 7 Horas semanais de trabalho na instituição.	f	fr %
37	2	12,5
40	13	81,3
48	1	6,3
Total	16	100,0

Tabela 9 – Horas semanais de trabalho na instituição.

1.4.8 Tipo de contrato de trabalho

Atendendo à variável nominal, tipo de contrato, considerámos 3 opções de resposta, a saber: contrato individual de trabalho a termo certo, contrato individual de

trabalho por prazo indeterminado e pertença ao quadro/vínculo.

Analisando a distribuição das respostas obtidas, na tabela 10, aferimos que 50% das respostas se situa no item “pertença ao quadro/vínculo. A segunda maior percentagem é nos contratos a termo certo, onde registámos 37,5% e por último apurámos no contrato a prazo por tempo indeterminado 12,5%.

Q. 8 Tipo de contrato de trabalho	<i>f</i>	<i>fr %</i>
Contrato a termo certo	6	37,5
Contrato a prazo indeterminado	2	12,5
Pertença ao quadro/vínculo	8	50,0
Total	16	100,0

Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo o tipo de contrato de trabalho

1.4.9 Situação profissional

De acordo com a observação dos resultados, na variável dictómica, situação profissional aferimos que as inquiridas consideram a sua situação profissional estável (tabela 11).

Q. 9 – Situação profissional	<i>F</i>	<i>fr %</i>
Estável	16	100,00
Instável	0	0,00
Total	16	100,00

Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo a situação profissional

2. Resultados Obtidos

Concluída a análise descritiva dos resultados obtidos com o nosso instrumento de investigação, o inquérito por questionário, tencionámos conhecer os valores obtidos nas médias, desvio padrão dos itens do grupo II (HADS) do pré/pós programa de relaxamento. Utilizámos o teste de Wilcoxon para calcular o valor prova. Obtemos valor estatisticamente significativo se o valor de prova for inferior ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$).

2.1. *Ansiedade*

Da observação da tabela 12 concluímos que não podemos afirmar que houve diferenças significativas entre os itens pré e pós programa de relaxamento do grupo experimental, no entanto podemos notar que existiu um aumento em alguns valores, nomeadamente nos itens que correspondem a ansiedade. Assim no pré-programa, o item “Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer” (3), o valor da média foi de 0,80 e o desvio padrão de 0,447, no pós programa a média foi de 1,40 e o desvio padrão de 0,894. Já no item “Tenho a cabeça cheia de preocupações” (5), no pré programa a média foi de 0,60 e o desvio padrão 0,548. Quanto ao pós-programa a média foi de 0,80 e o desvio padrão 0,837.

Notámos, identicamente, uma diminuição nos valores referentes aos itens da ansiedade, a saber: “Fico de tal forma apreensivo (com medo), que até sinto um aperto no estômago” (9), “Sinto-me de tal forma inquieto que não consigo estar parado” (11) e “De repente, tenho sensações de pânico” (13). O que nos alvitra que as funcionárias registaram um decréscimo na ansiedade.

Não sendo este trabalho direccionado no âmbito da depressão podemos, porém dizer que as médias e o desvio padrão dos itens que a ela dizem respeito, em particular, “Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar” (2), “Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro” (12) e “Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão” (14), registaram um decréscimo, o que nos sugere que os indícios de depressão diminuíram. Não podemos, contudo fazer inferências porque verificámos que o item “Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico” aumentou significativamente, quer no valor encontrado para a média, quer para o desvio padrão. No pré-programa a média e o desvio padrão era 0, enquanto no pós-programa a média passou a ter o valor 1 e o desvio padrão 1,225.

GRUPO II – HADS	Pré-Programa		Pós-Programa		Valor de prova
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	P
1. Sinto-me tenso ou nervoso	1,00	0,000	1,00	0,000	1,00
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	3,00	0,000	2,80	0,447	1,00
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	0,80	0,447	1,40	0,894	0,250
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	2,80	0,447	2,80	0,447	1,00
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	0,60	0,548	0,80	0,837	1,00
6. Sinto-me animado	2,80	0,447	2,80	0,447	1,00
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado e sentir-me relaxado	2,20	0,447	2,20	0,837	1,00
8. Sinto-me mais lento, como se fizesse as coisas mais devagar	0,80	0,447	0,80	0,447	1,00
9. Fico de tal forma apreensivo (com medo), que até sinto um aperto no estômago	0,80	0,447	0,60	0,548	1,00
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	0,00	0,000	1,00	1,225	0,250
11. Sinto-me de tal forma inquieto que não consigo estar parado	1,20	0,837	0,80	0,837	0,500
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	2,80	0,447	2,40	0,548	0,500
13. De repente, tenho sensações de pânico	0,60	0,548	0,40	0,548	1,00
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão.	2,80	0,447	2,60	0,548	1,00
Total	22,20	2,387	22,40	2,074	1,00

Tabela 12 – Medidas de tendência central e de dispersão da escala HADS aplicadas ao grupo experimental.

Relativamente aos resultados obtidos no grupo controlo com a aplicação do teste de Wilcoxon, tal como no grupo experimental não encontramos diferenças estatisticamente significativas (tabela 13).

GRUPO II – HADS	Pré-Programa		Pós-Programa		Valor de prova
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	P
TOTAL	21,25	2,375	21,88	3,871	0,867

Tabela 13 – Totais das medidas de tendência central e de dispersão da escala HADS aplicadas ao grupo controlo.

2.2. Percepção do stress

No grupo III (Percepção do Stress) aplicámos identicamente o teste de Wilcoxon comparando os resultados do pré/pós programa de relaxamento, no sentido de saber se testamos a nossa hipótese, isto é se o nível de stress das funcionárias do lar diminuía ou não depois da implementação do programa de relaxamento (H1 e H0).

De acordo com os resultados obtidos aferimos que não há diferenças significativas do ponto de vista estatístico. Sendo assim, concluímos que não há qualquer relação entre as variáveis ou seja não podemos afirmar o stress diminui após o programa de relaxamento aplicado às funcionárias.

No que diz respeito às médias (tabela 14), obtivemos diferenças em quase todas, um aumento nos itens: “No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?” (1), “No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”? (3), “No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?” (6), “No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?” (7) e o “No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?” (14). A diminuição nos valores foi obtida nos itens: “No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?” (5), “No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?” (9), “No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controle?” (11), “No último mês com que frequência deu por si a pensar em coisas que tem que fazer?” (12) e “No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?” (13).

GRUPO III - Percepção do Stress	Pré-Programa		Pós-Programa		Valor de prova
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	P
1. No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?	1,00	0,707	1,60	0,894	0,250
2. No último mês com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?	1,00	0,000	1,00	0,707	1,00
3. No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”?	1,20	0,837	1,40	0,894	1,00
4. No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?	1,60	0,894	1,60	0,894	1,00
5. No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?	1,40	0,894	1,00	0,707	0,500
6. No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	0,80	0,837	1,40	0,894	0,500
7. No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	1,40	0,894	1,60	0,894	1,00
8. No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?	1,80	0,447	1,40	0,548	0,500
9. No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?	1,40	0,894	0,60	0,894	1,00
10. No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?	1,40	0,894	1,40	0,894	0,250
11. No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controle?	1,60	0,548	1,40	0,548	1,00
12. No último mês com que frequência deu por si a pensar em coisas que tem que fazer?	2,60	0,548	2,00	0,816	0,500
13. No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?	1,20	0,837	0,40	0,548	0,250
14. No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?	0,80	1,095	1,00	1,414	1,00
Total	19,20	8,228	17,40	9,236	0,375

Tabela 14 – Medidas de tendência central e de dispersão da Percepção do Stress aplicadas ao grupo experimental.

No grupo controlo também, não encontramos diferenças estatisticamente significativas

GRUPO II – HADS	Pré-Programa		Pós-Programa		Valor de prova
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	P
TOTAL	19,38	7,110	22,13	8,236	0,656

Tabela 15 – Totais das medidas de tendência central e de dispersão da Percepção do Stress aplicadas ao grupo controlo

Correlação entre a ansiedade e a percepção do Stress

Após a observação aos valores obtido com o HADS e a percepção do stress realizámos uma análise correlacional entre os scores totais da ansiedade e da percepção de stress. Para tal usámos o teste Coeficiente de Correlação rho de Spearman, cujo procedimento estatístico de correlação determina o grau de associação entre variáveis (para variáveis quantitativas) ou as ordens dessas variáveis (para variáveis ordinais).

Encontrámos uma correlação positiva muito forte entre a ansiedade e a percepção de stress no pré-programa. Verificámos que estes itens vão no mesmo sentido, ou seja quando a ansiedade aumenta, o stress aumenta também. No pós programa existe também uma correlação positiva mas menos forte, o que nos leva a acreditar que o programa de relaxamento teve implicações no bem-estar das funcionárias. Pensamos que elas podem ter sentido algumas diferenças no seu organismo, particularmente no alívio das enxaquecas e das lombalgias, bem como na melhoria da sua digestão, da qualidade do sono e ainda diminuição da tensão muscular, entre outras.

Perante os dados obtidos, no valor de prova, a hipóteses que colocámos quando iniciámos a nossa investigação não se verifica, ou seja, H1- o nível de stress das funcionárias do lar diminui depois da implementação do programa de relaxamento. Deste modo não rejeitamos a hipótese H0 - o nível de stress das funcionárias do lar não diminui depois da implementação de um programa de relaxamento pois não encontramos diferenças estatisticamente significativas (tabela 16).

Ansiedade/Percepção do stress	GRUPO III – Percepção do stress pré-programa de relaxamento	GRUPO III – Percepção do stress pós-programa de relaxamento
GRUPO II – Ansiedade pré-programa de relaxamento	0,825	
GRUPO II – Ansiedade pós-programa de relaxamento		0,400

Tabela 16 – Correlação entre as variáveis da Ansiedade do pré/pós-programa de relaxamento com a percepção do stress pré/pós-programa de relaxamento do grupo experimental.

2.3. Satisfação do trabalho

No que se refere à satisfação com o trabalho aplicámos, analogamente, o teste de Wilcoxon (tabela 17).

Em relação à satisfação com o trabalho a média obtida para o valor total, neste estudo pode ser apreciada como moderada, na medida em que atinge os 80.40, sendo o máximo possível de 144. Relativamente ao máximo e mínimo obtidos, estes distanciam-se com grande amplitude (50).

No que se refere às dimensões da satisfação com o trabalho, observou-se para a “segurança” uma média de 10,80 (pré), e de 8,60 (pós), revelando-se esta baixa, relativamente ao valor máximo (18) que conseguimos obter com a escala utilizada, mas elevada quanto ao mínimo possível (3).

Na dimensão “apoio”, aferiu-se uma média igual de 10,80 (pré) e de 6,60 (pós), também esta com valores de escala entre os 3 os 18. Quanto ao “reconhecimento”, obtivemos uma média de 16,20 (pré) e de 14,40 (pós) a soma dos valores possíveis de serem atingidos variava entre o 5 e o 30. Nas “condições físicas” verificou-se uma média moderada, 9,00 (pré) 7,60 (pós), quando comparada com o máximo teórico possível entre 3 e 18. Na dimensão “relação com as colegas” obtivemos uma média de 11,80 (pré) e de 9,60 (pós) estando muito longe do valor máximo teórico (com valores entre 4 e máximo de 24). Por fim, no que concerne à “satisfação profissional”, pode-se atestar que os sujeitos estão, genericamente, satisfeitos com o seu trabalho, pois a média

desta dimensão de 21,80 (pré) e de 20,00 (pós) aproxima-se do valor máximo possível de 36. Em suma, pode-se aferir que os sujeitos da nossa amostra estão satisfeitos com o seu trabalho.

No que respeita aos valores de prova obtidos, apurámos que o total do questionário apresenta um valor de 0,063. Analisando por dimensões, a da “satisfação com a profissão” obteve um valor de 0,875, sendo este o valor mais elevado, segue-se o “reconhecimento” e as “condições físicas” o valor de prova de 0,500. Quanto à dimensão, “relação com os colegas”, o valor apurado foi de 0,250 e os mais baixos verificámos que se encontram na dimensão do “apoio” e da “segurança”. Os valores obtidos permitem-nos dizer que não houve diferenças estatisticamente significativas.

DIMENSÕES SATISFAÇÃO NO TRABALHO	Pré-Programa				Pós-Programa				Valor de Prova
	\bar{x}	S	Mínimo	Máximo	\bar{x}	S	Mínimo	Máximo	P.
Segurança	10,80	3,34	5	13	8,60	3,20	4	13	0,125
Apoio	10,80	4,54	4	15	6,60	2,07	4	9	0,125
Reconhecimento	16,20	6,41	10	24	14,40	5,68	7	22	0,500
Condições	9,00	1,22	7	10	7,60	2,30	5	11	0,500
Relação	11,80	3,34	7	15	9,60	2,80	6	14	0,250
Satisfação	21,80	4,65	18	29	20,00	3,53	16	25	0,875
TOTAIS	80,40	20,50	54	104	67,40	17,50	45	93	0,63

Tabela 17 - Valores de prova aplicados às dimensões da escala de Satisfação no Trabalho ao grupo experimental.

De acordo com a apreciação da tabela 18 verificámos que existiu diferença estatisticamente significativa, no total das dimensões da satisfação do trabalho, relativas ao grupo controlo. Este resultado surpreendeu-nos, visto que, apenas constatámos a existência de significância neste questionário, provavelmente poderá estar relacionada com alguma diferença que possa ter existido a nível dos horários de trabalho dos dois grupos (controlo e experimental) ou outras que desconhecemos relacionadas com as dinâmicas internas da instituição.

DIMENSÕES SATISFAÇÃO NO TRABALHO	Pré-Programa				Pós-Programa				Valor de Prova
	\bar{x}	S	Mínimo	Máximo	\bar{x}	S	Mínimo	Máximo	P.
Segurança	7,50	2,13	4,00	10,00	10,00	2,92	7,00	16,00	0,188
Apoio	7,50	2,97	2,00	11,00	9,50	3,07	4,00	15,00	0,281
Reconhecimento	12,75	4,55	6,00	20,00	16,37	3,62	12,00	24,00	0,055
Condições	7,50	1,92	6,00	11,00	9,25	2,37	6,00	12,00	0,063
Relação	10,37	2,97	6,00	16,00	11,25	4,06	4,00	16,00	0,656
Satisfação	18,50	4,10	10,00	24,00	22,25	3,01	19,00	29,00	0,078
TOTAIS	64,13	12,48	46	83	78,38	14,35	55	103	0,031

Tabela 18 - Valores de prova aplicados às dimensões da escala de Satisfação no Trabalho ao grupo controle.

2.4. Tensão Arterial e Frequência cardíaca

Perante a apreciação da tabela 19 concluímos que não houve diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis da tensão arterial e da frequência cardíaca pré/pós-programa relaxamento, no entanto podemos assinalar que existiu uma diminuição das médias na tensão arterial sistólica e diastólica.

Também verificámos uma diminuição nos valores da frequência cardíaca no pós-programa de relaxamento. Estes são considerados normais nos adultos quando se encontram entre os 60 e os 100 batimentos por minuto.

Recorde-se que segundo o portal da saúde, a tensão arterial normal corresponde a um valor inferior ou igual a 120/80 mm Hg (milímetros de mercúrio), considerando-se valores de tensão arterial alterados quando a tensão arterial sistólica é superior ou igual a 140 mm Hg (milímetros de mercúrio) e a tensão arterial diastólica é superior a 90 mm Hg.

Tensão arterial Frequência cardíaca	Pré-Programa		Pós-Programa		Valor de Prova
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	P
Sistólica	10,16	0,614	9,99	0,393	0,313
Diastólica	6,26	0,476	6,17	0,253	0,438
Frequência	58,30	6,680	56,24	8,169	0,125

Tabela 19 - Valores de prova aplicados a tensão arterial e frequência cardíaca (pré/pós-programa).

A tensão e a frequência cardíaca foram avaliadas nas dezasseis sessões que foram efectuadas às funcionárias que pertenciam ao grupo experimental. Foi então aplicado o teste de Friedman. Este permitiu comparar os resultados obtidos na primeira, na oitava, na décima segunda e na décima sexta sessão. Assim pudemos afirmar que houve diferenças estatisticamente significativas na variável da tensão arterial diastólica, referente ao pós-programa, já que obtivemos um valor de 0,019 (tabela 21).

Tensão Arterial Sistólica	Pré-Programa					Pós-Programa				
	\bar{x}	S	Mínimo	Máximo	Valor P	\bar{x}	S	Mínimo	Máximo	Valor P
1^a	11,78	1,752	10,00	13,60	0,260	12,06	0,726	10,90	12,90	0,119
8^a	13,26	1,103	12,00	15,00		12,76	0,820	11,60	13,80	
12^a	12,30	0,827	10,90	12,90		11,98	0,608	11,00	12,60	
16^a	12,84	1,342	11,20	14,70		12,62	0,952	11,50	14,10	

Tabela 20 - Valores de prova do teste de Friedman para tensão arterial sistólica (pré/pós-programa)

Tensão Arterial Diastólica	Pré-Programa					Pós-Programa				
	\bar{x}	S	Mínimo	Máximo	Valor P	\bar{x}	S	Mínimo	Máximo	Valor P * p ≤ 0,05
1^a	7,56	1,384	5,70	9,10	0,889	8,12	0,683	7,20	9,00	0,019*
8^a	8,00	0,860	7,10	9,30		7,76	0,456	7,10	8,20	
12^a	7,48	0,563	6,50	7,80		7,22	0,432	6,70	7,80	
16^a	7,74	1,163	6,50	9,60		7,72	0,807	6,90	8,90	

Tabela 21 - Valores de prova do teste de Friedman para tensão arterial diastólica (pré/pós-programa)

Frequência Cardíaca	Pré-Programa					Pós-Programa				
	\bar{x}	S	Mínimo	Máximo	Valor P	\bar{x}	S	Mínimo	Máximo	Valor P
1 ^a	74,00	13,096	62	94	0,211	70,00	12,610	61	89	0,652
8 ^a	72,00	12,450	57	91		70,80	14,856	60	96	
12 ^a	73,80	6,535	67	83		68,60	5,727	64	77	
16 ^a	66,40	5,814	59	75		63,20	7,563	55	73	

Tabela 22 - Valores de prova do teste de Friedman para frequência cardíaca (pré/pós-programa)

Com a finalidade de saber em que sessão ocorreu alguma alteração significativa da tensão diastólica aplicamos o teste de Wilcoxon. Assim comparámos os resultados do teste Friedman obtidos na primeira sessão com os da oitava sessão, com os da décima segunda e os da décima sexta. Para além disso, confrontámos os da oitava com os da primeira, os da oitava, os da décima segunda e por último com os da décima sexta sessão.

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas (tabela 23).

O que podemos ressaltar é que ao aplicarmos o teste de Wilcoxon obtivemos o mesmo valor prova na correlação da primeira com a décima segunda sessão e na oitava com a décima segunda sessão. No entanto, o valor de prova não foi igual na correlação da primeira com a décima sexta sessão, nem desta com a oitava sessão, assumindo respectivamente o valor de prova 0,625 e de 0,875.

Tensão arterial Diastólica	Wilcoxon
Sessões	Valor P
1-8	0,813
1-12	0,063
1-16	0,625
8-1	0,813
8-12	0,063
8-16	0,875

Tabela 23 - Valores de prova do teste de Wilcoxon aplicado à pressão diastólica nas sessões: 1, 8, 12 e 16.

3. Discussão dos Resultados

Conscientes das dificuldades que os cuidadores formais enfrentam diariamente, da sua exposição a factores relacionados com a ansiedade e a percepção do stress, quisemos reflectir sobre os métodos, os procedimentos que poderiam ajudar a aliviar este tipo de problemas, de forma a melhorar o mal-estar sentido por estes profissionais. Pela nossa experiência profissional e após algumas revisões literárias ocorreu-nos que a aplicação de um programa de relaxamento talvez pudesse contribuir para a diminuição da percepção do stress, junto de um grupo de cuidadores formais específico, funcionárias de um lar. Também tentamos saber se existia uma correlação positiva entre a ansiedade e a percepção do stress, ou seja, se estas condições se influenciam mutuamente.

Pensamos, tal como Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E.. (2008) que as técnicas de relaxamento indiciam resultados positivos em doenças relacionadas com o *stress* e a ansiedade e que, tal como é defendido por Carlson e Hoyle (1993), um treino de relaxamento progressivo é um bom método para a terapia de doenças como a enxaqueca, a hipertensão arterial e a ansiedade, entre outras

Nesta linha de pensamento, quisemos testar se o programa de relaxamento progressivo de Jacobson teria efeitos na percepção de stress num grupo de cuidadores formais, recorrendo para esse efeito a um grupo de funcionárias pertencente a um lar - Liga dos Amigos de Aguada de Cima.

Neste estudo foram utilizados questionários, validados por autores portugueses, nomeadamente, o de HADS adaptado à população portuguesa por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Menezes & Baltazar (2006), o da percepção de *stress* adaptado por Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves e Ramos (2002) e o da satisfação com o trabalho adaptado, igualmente por Pais-Ribeiro (2008). Estes questionários permitiram avaliar, o nervosismo, o prazer, o medo, a habilidade de rir, a capacidade de se divertir, as preocupações do dia a dia, a animação, o aborrecimento, a irritação, a tensão, o stress, a auto-confiança, a satisfação com trabalho, o sentimento de valorização, o trabalho rotineiro e a possibilidade de progressão profissional, antes e depois da aplicação do programa de relaxamento progressivo de Jacobson.

Para além disso, procedemos à avaliação da pressão arterial e frequência cardíaca ao longo das dezasseis sessões de relaxamento.

A partir da análise dos resultados obtidos ao questionário HADS, aplicado antes e após a implementação do programa de relaxamento, relativo às situações de ansiedade, relacionadas com o medo, o pânico, a inquietude, a desconcentração, o prazer, o ânimo, a tensão e o nervosismo, aplicação ou não de um programa de relaxamento verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas. Salientamos, no entanto a existência de algumas diferenças encontradas nos valores da ansiedade após a aplicação do programa de relaxamento progressivo de Jacobson, pois verificámos um aumento no item, “Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer” (3) e “Tenho a cabeça cheia de preocupações” (5) e uma diminuição no item, “Fico de tal forma apreensivo (com medo), que até sinto um aperto no estômago” (9), “Sinto-me de tal forma inquieto que não consigo estar parado” (11) e “De repente, tenho sensação de pânico” (13). Não houve alteração no item, “Sinto-me tenso ou nervoso” (1) e “Sou capaz de estar descontraidamente sentado e sentir-me relaxado” (7). Pensamos que, provavelmente houve uma diminuição no grau de ansiedade das funcionárias.

Na percepção de stress verificámos que os resultados apontam no mesmo sentido, ou seja, não aferimos diferenças estatísticas significativas. Também aqui apurámos diferenças nos valores encontrados após a implementação do programa de relaxamento progressivo de jacobson, registámos um aumento nos itens: “No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?” (1), “No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”?” (3), “No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?” (6), “No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?” (7) e o “No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?” (14).

A diminuição nos valores foi obtida nos itens: “No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?” (5), “No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?” (9), “No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controle?” (11), “No último mês com que frequência deu por si a pensar em coisas que tem que fazer?” (12) e “No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?” (13). Pela análise dos resultados obtidos podemos equacionar que, eventualmente, a percepção do

stress das funcionárias diminuiu com a aplicação do programa de relaxamento. Ainda mais que o *score* total obtido no questionário diminuiu.

Na correlação positiva que obtivemos no pré-programa de relaxamento verificámos valores que indicaram uma relação forte entre a ansiedade e a percepção do *stress*, ou seja quando a primeira aumentou a segunda acompanhou, levando-nos a afirmar que a ansiedade foi influenciada pela percepção do stress e vice-versa. Após a implementação do programa de relaxamento constatámos, igualmente, uma correlação positiva, mas menos acentuada. Daqui decorreu uma reflexão acerca da interferência do programa de relaxamento na ansiedade e na percepção do stress, uma vez que verificámos uma diminuição nos valores das médias obtidas, o que parece indicar que talvez a implementação do programa de pós-relaxamento tenha contribuído para o decréscimo do nível de stress das funcionárias do lar. O que poderá ir ao encontro dos estudos de Grawe *et. al.* citado por Conrad & Roth, 2007 que referem que obtiveram melhorias nos sintomas de stress e tensão após a implementação do relaxamento progressivo.

Quanto à satisfação com o trabalho atestámos que das seis dimensões que estudámos, a segurança com o futuro da profissão, o apoio da hierarquia e a relação com os colegas, obtiveram valores mais baixos que as outras, o que indicou um grau de satisfação menor. Foi no entanto a dimensão da satisfação com a profissão que mais nos surpreendeu, pois foi aquela que aferimos um valor mais elevado, o que evidencia um sentimento de satisfação face ao exercício da profissão. De acordo com Herzberg, Mausner e Snyderman (1959, *cit. in* Francés, 1981), a satisfação profissional não resulta unicamente de variáveis manipuláveis, mas também de aspectos associados à personalidade do indivíduo, entre eles factores relacionados com os relacionamentos interpessoais. Assim podemos entender que a satisfação no trabalho é um estado emocional agradável ou positivo, que redonda da avaliação do trabalho, ou de experiências relacionadas com o mesmo (Locke, 1976).

Consideramos que o nosso estudo tem de ter em linha de conta alguns factores externos que podem ter condicionado os resultados, mais especificamente, as férias que algumas funcionárias tiveram durante o período em que decorreram as sessões, o facto de alguns idosos terem melhorado o seu estado de saúde, e o de outros terem ido a casa para passar algum tempo com as famílias, nomeadamente em alturas festivas. Em nossa

opinião a satisfação sentida pelos idosos poderá ter influenciado de forma positiva as funcionárias, de modo a estas se encontrarem menos ansiosas, com menos *stress*.

No que concerne à tensão arterial e à frequência cardíaca, apenas verificámos diferenças estatisticamente significativas na tensão diastólica no pós-programa de relaxamento, o que nos indica que provavelmente ocorreu uma diminuição da actividade simpática, o que a verificar-se suportaria a hipótese de que o programa de relaxamento diminui os níveis de stress das funcionárias. Os resultados obtidos remetem-nos para estudos realizados por Esch, T., Fricchione, G. L., & Stefano, G. B. (2003) que defendem que o uso terapêutico do relaxamento em resposta a doenças relacionadas ao *stress* são altamente recomendáveis.

Não encontramos, na literatura revista, um número certo de sessões usadas nos programas de relaxamento, o que dificulta a comparação dos nossos resultados com os de outros autores. Contudo, no artigo de Conrad & Roth, 2007 verificamos a duração do programa tanto pode ser superior a um ano (Jacobson 1938), como pode decorrer durante 50 sessões (Borkovec e Kroogh Sides, 1979). Desta forma, se o nosso estudo tivesse sido aplicado durante mais tempo e a uma amostra de dimensão superior, é provável que os resultados fossem mais significativos, e então poderíamos, como Carlson e Hoyle (1993), obter uma diminuição da tensão arterial e da frequência cardíaca.

Pela análise de dados que realizámos, e devido à ausência de resultados estatisticamente significativos nos questionários aplicados, não podemos afirmar que houve uma diminuição da percepção de stress após o programa de relaxamento. Porém, uma aparente diminuição da correlação positiva entre a ansiedade e a percepção de *stress* após o programa de relaxamento progressivo de Jacobson, assim como a diminuição da pressão arterial diastólica ao longo de algumas das sessões de relaxamento, parecem indicar um efeito positivo do mesmo, ainda que tal não tenha sido percebido pelos indivíduos intervenientes neste estudo.

Conclusão

Cuidar de idosos é um processo complexo que remete para uma intervenção concertada a vários níveis, entre eles: família, idoso, auxiliares das instituições, profissionais de saúde e direcções das instituições. Sabemos, porém, que ser idoso é igualmente uma “profissão” cheia de contratempos, por isso, achamos imprescindível colocarmo-nos na sua situação de vida, na sua dependência, na sua fraqueza, no seu cansaço, na sua falta de cuidados e no seu desamparo.

Ser cuidador formal é assumir um papel desgastante, experimentar, não raras vezes, sensações de desconforto, viver situações desagradáveis, difíceis e que resultam, muitas vezes, em situações de ansiedade com implicações no bem-estar e no desempenho profissional e até familiar. É frequente a existência de sintomatologia que inclui mal-estar, palpitações, dores de cabeça, súbitas necessidades de evacuar, inquietações, medo, pânico, suores frios, entre outras.

Para além das situações de ansiedade o indivíduo pode ou não ter a capacidade para manter, estável o ambiente interno e externo, o equilíbrio entre os sistemas, o organismo, impedindo ou facilitando o aparecimento de stress.

A realização deste estudo não permitiu concluir de forma inequívoca que o nível de stress das funcionárias, cuidadores formais, diminuía após a implementação de um programa de relaxamento, mas a diminuição da correlação positiva entre a ansiedade e a percepção de stress após o programa de relaxamento, assim como a diminuição da pressão arterial diastólica ao longo das sessões de relaxamento, permite verificar a existência de uma melhoria ténue durante a sua aplicação. Pensamos, assim, que o relaxamento, enquanto processo psicofisiológico, poderá proporcionar um elevado descanso corporal e uma grande tranquilidade mental aos cuidadores formais que vivem momentos de angústia, de cansaço físico e mental, concorrendo-se desta forma para a melhoria dos níveis de ansiedade e da percepção do stress.

No decorrer no nosso estudo tivemos algumas limitações designadamente, as relacionadas com a dimensão da amostra, o período de tempo em que este ocorreu e a quase inexistência de estudos na área do tema dos cuidadores formais e o relaxamento, o que dificultou a confrontação com resultados já existentes. Apesar ter havido alguma indicação de que o programa de relaxamento se encontrava a ter um efeito positivo, a dimensão reduzida da amostra não permite generalizar os resultados à população.

Assim, consideramos que só a prossecução deste estudo com uma amostra de maior dimensão, à qual fosse aplicada um maior número de sessões de relaxamento, poderia contribuir para esclarecer algumas das tendências nele observadas.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, T. M. (2003). Psicologia e saúde: Intervenção em hospital geral. In Caminha, R. M., Wainer, R., Oliveira, M., & Piccoloto, N. M. (Orgs.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática* (pp. 239-245). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Batista, A., Vieira, M., Cardoso, N., & Carvalho, G. (2005). *Factores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro*. Rev Esc Enferm USP.
- Beck, A. R., & Lopes, M. H. (2007). *Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer*. Revista brasileira de enfermagem, 60 (5), 513-518.
- Blum, L. (2000). *Force under pressure – how cops live and why they die*. New York: Lantern Books.
- Brewer, E. W., & Clippard, L. F. (2002). Burnout and job satisfaction among student support services personnel. *Human Resource Development Quarterly*, 13, (2), 169-186.
- Cabral, M. V., Vala, J., & Freire, J (2000). *Atitudes sociais dos portugueses: Trabalho e cidadania*. Lisboa: Instituto das Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O Stress nos Professores Portugueses -Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Carlson, C. R., & Hoyle, R. H. (1993). Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: a quantitative review of behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol*, 61 (6), 1059-1067.
- Carvalho, J. (1994). *A Metodologia das Humanidades, subsídios para o trabalho científico*. Mem Martins: Editorial Inquérito.

- . Carvalho, R. (1988). O médico do trabalho e o stress ocupacional. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 293-300.

- . Cochrane, J., Goering, P., & Rogers, J. (1997). The Mental Health of Informal Caregivers in Ontario: an Epidemiological Study. *American journal of public health*, 87 (12), 2002-2007.

- . Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 243–264.

- . Cooper, C, Cooper, J., & Smith, M. (1982). Stress profissional: uma abordagem metodológica. *Análise Psicológica*

- . Cruz, J. F., & Melo, B. M. (1996). *Stress e burnout nos psicólogos: Desenvolvimento e características psicométricas de instrumentos de avaliação*. Relatório de investigação não publicado. Braga: Universidade do Minho.

- . Datti, D. (1997) *Mecanismos e Prevenção do stress: um manual educativo sobre o stress, sua dinâmica e a preservação da saúde*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

- . Del Cura, M., & Rodrigues, A. (1999). Satisfação profissional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (4), 21-28.

- . Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi.

- . Dias, M., I. (2007). *O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

- . Dillon, & Goldstein, L. (1984). site <http://www.ufmt.br/ufmtvirtual/aula1.doc>

- . Dinis, C. M. R.(1997) – *Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

- Esch, T., Fricchione, G. L., & Stefano, G. B. (2003). The therapeutic use of the relaxation response in stress-related diseases. *Med Sci Monit*, 9 (2), 23-34.

- Fernández, P. S., & Díaz, P. S., (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa, A Coruña (España). *Cad Aten Primaria*, 9, 76-78. Retirado, do site http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp

- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Figueiredo, M., & Soares, V. (1999). Stress em profissionais de saúde – um programa de intervenção. *Psiquiatria Clínica*, 20 (1), 51-61.

- Folkman, S., & Lazarus, R. (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.

- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age Differences in Stress and Coping Processes. *Psychology and Aging*, 2 (2), 171-184.

- Fortin, M.-F. . *O processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª Edição). Loures: Lusociência.

- Francés, R. (1981). *La satisfaction dans le travail et l'emploi*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Frasquilho, M. (2005a). Compreender o stress para prevenir o burnout. *Medicina, Médicos e Indivíduos*, 18, 433-444.

- Frasquilho, M. (2005b). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (2), 89-98.

- Freitas, E., Py, L., Gonçalo, F., Doll, J., & Gorzoni, M. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª Edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

- . Gonzaga, R. (1999). *Regras básicas de investigação clínica*. Lisboa: Instituto Piaget.

- . Graeff, F. G., Guimarães, F. S., Andrade, T. G. C. S., & Deakin, J. F. W. (1996). Role of 5-HT in stress, anxiety and depression. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 54 (1), 129-141.

- . Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession* (5ª edição). Göttingen: Hogrefe.

- . Guimarães, L. A. M., & Grubtis, S. (1999). *Saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- . Hicks, C. M. (2006). *Métodos de investigação para terapeutas clínicos – Conceção de projectos de aplicação e análise* (3ª Edição). Loures: Editora Lusociência.

- . Horta, A. (2005). *Síndrome de Burnout nos Médicos do Serviço da Urgência do Hospital de São João*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- . Huot, R. (2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.

- . Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (2002). *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (7ª Edição). Brasil: Artemed Editora S.A.

- . Kawasaki, K. & Diogo, M. J. D. (2001). Assistência domiciliar ao idoso: Perfil do cuidador Formal - Parte 1. *Revista Esc Enferm*, 3 (35), 257-264.

- . Keefe, T. (1988). Stress-coping Skills: Anounce of prevention in direct practise. *Social Casework*, 69, 475-482.

- . Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer Puplishing Company.

- Levi, L. (1990). Occupational stress: Since of life or kiss of death? *American Psychologist*, 45, 1142-1145.

- Lipp, M., & Tanganelli M. (2002). Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho; Diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: reflexão e Crítica*, 15, 537-548.

- Lovallo, W. R. (1997). *Stress & Health: Biological and Psychological Interactions*. London: Sage Publications.

- Maia, A. (1999). Terapias cognitive-comportamentais da depressão. *Psiquiatria e Praxis Psiquiatria*, 6 (II), 21-28.

- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008) Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis.

- Martinez, M., & Paraguay, A. (2003). Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceptuais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, 59-78.

- Martins, M. C. F. (1984). *Satisfação no trabalho: elaboração de instrumento e variáveis que afetam a satisfação*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Brasília (Instituto de Psicologia).

- Martins, R. A. S. (2007). *Exercício Físico Na Pessoa Idosa e Indicadores de Risco Cardiovascular Global*. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.

- Martins, S. (2003). *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros. Estudo exploratório em enfermeiros de Centros de Saúde e de Hospitais*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Murphy, J. J., Hurrell, S. L. S., & Keita G. P. (Eds.). *Job stress interventions*. Washington: American Psychological Association.

- Nazareth, J. M. (1997). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Geriatrics*, 64 (7), 5-17.
- O'Donohue, W., Fisher, J. E., & Hayes, S. C. (Eds.). (2003). *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. New York: Wiley.
- Oliveira, M., Queirós, C., & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2), 181-196.
- Pais Ribeiro, J., I., Ferreira, T., Martins, A., Menezes, R., & Baltar, M. (2007). A validation Study of Portuguese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e o meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento: Um Guia Practico para Profissionais de Saúde*. Loures: Lusociência.
- Payne, R. A. (s/d). *Técnicas de relajación Guia práctica* (J. Padró, Trans.). Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Pinto, A., & Silva, A. (2005). *Stress e bem-estar* (1ªEdição).
- Pio Abreu, J. (1998). *Comunicação e Medicina*. Coimbra: Edições Virtualidade.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: RH Editora.
- Rodrigues, A., & Chaves, E. (2008). Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (1), 24-28.

- . Rodrigues, S. (2008). *Empatia, resiliência e percepção de stress em enfermeiros*. Dissertação de Mestrado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- . Roegiers, J.-M. D. K., & X. (1993). *Metodologia da recolha de dados. Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas, e de estudos de documentos* (C. A. D. Brito, Trans.): De Boeck-Wesmael S.A.
- . Ross, R., & Altmaier, E. (1994). *Intervention in Occupational Stress*. London: Sage Publications.
- . Santos, A. T. (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- . Seco, G. B. (2000). *A satisfação na actividade docente*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- . Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes: diagnósticos e intervenções* (1ª Edição). Coimbra: Editora Quarteto.
- . Serra, A. (1998). *O Stress na Vida de Todos Os Dias*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- . Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*, Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.
- . Seyle, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- . Shephar, R. J. (2003). *Envelhecimento, actividade física e saúde*. São Paulo: Editora Phorte.
- . Silva, G. (2002). *Desenvolvimento psicossocial e ansiedade em jovens*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade

do Porto.

- . Somers, J. M., Goldner, E.M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*, 51 (2), 100-113.
- . Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, D. (2006). *Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar-Ideias no Papel, S.A.
- . Vaz, E (2008) *A velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.
- . Wiggins, J. G. (1995). *Appraising occupational stress-related disorders*. In L. R.
- . Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed editora.

ANEXOS:

ANEXO I – Pedido de Autorização

Exmo. Sr. Director da Liga dos Amigos de Aguada de Cima

Eu, Janeth De Oliveira Gómez, aluna do 1º Mestrado de Terapia Ocupacional na especialidade de Gerontologia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP) do Instituto Politécnico do Porto (IPP), venho por este meio solicitar a vossa Exa. autorização para realizar um estudo que tem como objectivo avaliar o impacto de um programa de relaxamento na percepção de stress nos cuidadores formais do lar da Liga dos Amigos de Aguada de Cima, na valência de Lar.

O estudo estará sobre a orientação de Professor Doutor Pedro Monteiro e co-orientado pela Mestre em Ciências do Desporto Paula Portugal, sendo os dois professores da ESTSP – IPP.

As funcionárias que participarão no estudo terão conhecimento dos objectivos do mesmo, sendo assegurado que os dados recolhidos durante a investigação serão mantidos em sigilo e apenas usados para fins de investigação. Para participarem no estudo, as funcionárias deverão dar o seu consentimento, assinando um termo de consentimento informado que irá ser facultado pela autora da investigação.

É de salvaguardar que a concretização deste estudo não implica qualquer tipo de encargo para a vossa Instituição, assim como, em momento algum será colocada em causa a própria dinâmica da Instituição. Após conclusão do estudo, comprometemo-nos a enviar um dos exemplares, para vosso conhecimento.

Sem outro assunto de momento.

São Martinho, _____ de _____ de 2010

Com os melhores cumprimentos.

Janeth de Oliveira Gómez

ANEXO II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu,.....declaro que faço voluntariamente parte do estudo subordinado ao tema “Impacto de um programa de relaxamento na percepção de stress nos cuidadores formais do Lar da Liga de Amigos de Aguada de Cima”, após ter sido informado(a) e esclarecido(a) acerca deste, bem como do seu anonimato. Fui também informado(a) do direito de recusa em participar no estudo, sem sofrer qualquer tipo de retaliação no futuro.

Este estudo ira realizar-se, no Lar da Liga de Amigos de Aguada de Cima, valência Lar, e faz parte integrante da Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional, especialidade de Gerontologia de Janeth De Oliveira Gómez, sob a orientação do Professor Doutor Pedro Monteiro, e co-orientação da Mestre Paula Portugal.

Aguada de Cima, de de 2010

(Assinatura)

ANEXO III – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO

Este questionário é realizado no âmbito de um projecto de Mestrado em Terapia Ocupacional, na área de Gerontologia., a decorrer na Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto¹.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos e científicos (dissertação de Mestrado), sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual.

O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário.

Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com **uma cruz** a sua opção de resposta.

Obrigado pela sua colaboração.

Grupo I

1. Idade: _____

2. Sexo:

☐

Masculino

☐

Feminino

3. Estado Civil:

☐

Solteiro

☐

Casado ou a viver em união de facto

☐

Divorciado, separado ou viúvo

4. Tem filhos?

☐

Sim

☐

Não

5. Habilitações:

☐

1º ciclo

☐

2º ciclo

☐

3º ciclo

☐

Ensino Secundário.

5. Tempo de serviço nesta instituição: _____

6. Quantas horas semanais trabalha como auxiliar de lar? _____

7. Que tipo de contrato de trabalho tem?

☐

Contrato individual de trabalho a termo certo

☐

Contrato individual de trabalho por prazo indeterminado

☐

Quadro ou vínculo

☐

Outro. Qual? _____

8. Considera a sua situação profissional:

☐

Estável

☐

Instável

¹ Versão para investigação J. Gómez ESTSP-IPP., 2009).

ANEXO III – QUESTIONÁRIO DO *HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE* (HADS)

Grupo II

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça **uma cruz** no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso ou nervoso

- | | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Quase sempre |
| <input type="checkbox"/> | Muitas vezes |
| <input type="checkbox"/> | Por vezes |
| <input type="checkbox"/> | Nunca |

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar

- | | |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tanto como antes |
| <input type="checkbox"/> | Não tanto agora |
| <input type="checkbox"/> | Só um pouco |
| <input type="checkbox"/> | Quase nada |

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sim, e muito forte |
| <input type="checkbox"/> | Sim, mas não muito forte |
| <input type="checkbox"/> | Um pouco, mas não me aflige |
| <input type="checkbox"/> | De modo algum |

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tanto como antes |
| <input type="checkbox"/> | Não tanto como antes |
| <input type="checkbox"/> | Muito menos agora |
| <input type="checkbox"/> | Nunca |

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | A maior parte do tempo |
| <input type="checkbox"/> | Muitas vezes |
| <input type="checkbox"/> | Por vezes |
| <input type="checkbox"/> | Quase nunca |

6. Sinto-me animado

- | | |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nunca |
| <input type="checkbox"/> | Poucas vezes |
| <input type="checkbox"/> | De vez em quando |
| <input type="checkbox"/> | Quase sempre |

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado e sentir-me relaxado

- | | |
|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Nunca |
|--------------------------|-------|

- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

8. Sinto-me mais lento, como se fizesse as coisas mais devagar

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo (com medo), que até sinto um aperto no estômago

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou a atenção que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto que não consigo estar parado

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Não muito
- ☐ Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Bastante menos agora
- ☐ Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DA PERCEPÇÃO DO STRESS

Grupo III

Nesta escala fazemos perguntas acerca os seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês relacionadas com o seu trabalho. Em cada pergunta pedimos para indicar *com que frequência* sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão separada. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em lembrar do número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso, assinale com **uma cruz** a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável. As alternativas que pode escolher são: nunca, quase nunca, algumas vezes, com muita frequência e muitas vezes.

	Nunca	Quase nunca	Alguma s vezes	Com muita frequência	Muitas vezes
1. No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?					
2. No último mês com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?					
3. No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”?					
4. No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?					
5. No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?					
6. No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?					
7. No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?					
8. No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?					
9. No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?					
10. No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?					
11. No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controle?					
12. No último mês com que frequência deu por si a pensar em coisas que tem que fazer?					
13. No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?					
14. No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?					

Adaptado a partir de Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983) e de Mota Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos (2002).

ANEXO V – QUESTIONÁRIO DA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO

Grupo IV

São seguidamente apresentadas várias afirmações relativas ao modo como vê ou sente o seu trabalho e o que lá se passa. Assinale em que medida **concorda** ou **discorda** com essas informações.

	Discorda totalmente	Discorda bastante	Discorda parcialmente	Concorda parcialmente	Concorda bastante	Concorda totalmente
1.Ninguém reconhece que sou um bom profissional						
2.O meu trabalho é muito rotineiro						
3.O progresso na minha carreira é muito lento						
4.O meu chefe directo dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho						
5.A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro						
6.As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem feitas						
7.A minha relação com os meus colegas é boa						
8.A administração da minha instituição tem uma política clara						
9.As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis						
10.O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir						
11. O meu chefe directo dá-me todo o apoio de que preciso						
12.O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade						
13.A administração da minha instituição explica bem a sua política						
14.A minha profissão dá-me oportunidades de desenvolver novos métodos						
15.Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho						
16.A minha profissão dá-me oportunidades de promoção.						
17.As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis						

18.Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho						
19.O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho						
20.Não gosto das pessoas com quem trabalho						
21.Ninguém reconhece o meu trabalho						
22.Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas						
23.As condições de trabalho no meu serviço são boas						
24.Os meus colegas não me tratam bem						

Versão para investigação, Q.S.T., Pais Ribeiro (2008).

ANEXO VI – FOLHA DE REGISTO DA TENSÃO ARTERIAL

Janeiro				Fevereiro				Março				Abril			
	T. Max.	T. Min.	Pulso		T. Max.	T. Min.	Pulso		T. Max.	T. Min.	Pulso		T. Max.	T. Min.	Pulso
1				1				1				1			
2				2				2				2			
3				3				3				3			
4				4				4				4			
5				5				5				5			
6				6				6				6			
7				7				7				7			
8				8				8				8			
9				9				9				9			
10				10				10				10			
11				11				11				11			
12				12				12				12			
13				13				13				13			
14				14				14				14			
15				15				15				15			
16				16				16				16			
17				17				17				17			
18				18				18				18			
19				19				19				19			
20				20				20				20			
21				21				21				21			
22				22				22				22			
23				23				23				23			
24				24				24				24			
25				25				25				25			
26				26				26				26			
27				27				27				27			
28				28				28				28			
29				29				29				29			
30								30				30			
31								31							

ANEXO VII – PROGRAMA DE RELAXAMENTO

Processo de relaxamento para 16 grupos musculares

(adaptado de *Gonçalves, 1990, pp. 163-177*)

Grupo muscular	Instruções de contracção-relaxamento
Mão e braço dominante (direito)	<p>Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos da mão e braço dominante.</p> <p>Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, fechando o punho com força.</p> <p>AGORA...</p> <p>Sinta a tensão na mão, sobre as articulações e mais acima até ao braço.</p> <p>(Manter durante 5-7 segundos)</p> <p>RELAXE...</p> <p>Repare na diferença entre tensão e relaxamento. Focalize as sensações no músculo à medida que ele vai ficando mais e mais relaxado.</p> <p>(Manter durante 30-40 segundos)</p>
Bíceps dominante (Parte superior do braço; antebraço)	<p>Gostava que passasse para o bíceps dominante.</p> <p>Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o cotovelo para baixo, contra a cadeira.</p> <p>AGORA...</p> <p>Sinta os músculos a puxar... Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados.</p> <p>(Manter durante 5-7 segundos)</p> <p>RELAXE...</p> <p>Repare na diferença entre tensão e relaxamento. Foque toda a sua atenção nas sensações que estão associadas ao relaxamento.</p> <p>(Manter durante 30-40 segundos)</p>
Mão e braço não dominante (esquerdo)	<p>(O mesmo que para o lado dominante).</p>
Bíceps não dominante (Parte superior do braço; antebraço)	<p>(O mesmo que para o lado dominante).</p>

Grupo muscular	Instruções de contracção-relaxamento
Testa	<p>Vamos passar para os músculos da parte superior do seu rosto: a testa.</p> <p>Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos levantando as sobrancelhas tanto quanto puder.</p> <p>AGORA...</p> <p>Sinta a tensão a subir através da testa até ao crânio. (Manter durante 5-7 segundos)</p> <p>RELAXE...</p> <p>Deixe toda a tensão sair... Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados. (Manter durante 30-40 segundos)</p>
Parte média da cara e do nariz	<p>Foque agora a sua atenção nos músculos da parte superior das maçãs do rosto e do nariz.</p> <p>Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, trocando os olhos e franzindo o nariz.</p> <p>AGORA...</p> <p>Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos, quando focaliza a sua atenção nas sensações associadas a essa tensão. (Manter durante 5-7 segundos)</p> <p>RELAXE...</p> <p>Aprecie as sensações agradáveis associadas ao relaxamento. Não procure fazer mais nada do que centrar a sua atenção nas sensações profundamente agradáveis que fluem para essa área. (Manter durante 30-40 segundos)</p>
Parte inferior da cara e queixo	<p>Agora vamos descer para os músculos da parte inferior do seu rosto: parte inferior das maçãs do rosto e queixo.</p> <p>Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para cerrar os seus dentes e puxar os cantos da boca para trás.</p> <p>AGORA...</p> <p>Sinta a tensão através de toda a parte inferior do seu rosto, reparando no que sente à medida que esses músculos vão ficando tensos. (Manter durante 5-7 segundos)</p> <p>RELAXE...</p> <p>Aprecie as sensações nos músculos à medida que eles se vão soltando suavemente, tornando-se descontraídos e relaxando cada vez mais profundamente... (Manter durante 30-40 segundos)</p>

Grupo muscular	Instruções de contracção-relaxamento
Coxa dominante	Agora vamos passar para os músculos da parte superior da perna dominante: a coxa dominante.
	Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos da parte superior da perna dominante, contrapondo o grande músculo da parte superior da perna, com os dois músculos pequenos da parte inferior.
	AGORA...
	Sinta a tensão através de toda a parte superior da perna, reparando como o musculo fica duro.
	(Manter durante 5-7 segundos)
Barriga da perna dominante	RELAXE...
	Deixe toda a tensão sair... Repare naquilo que se passa à medida que os músculos se tornam mais e mais relaxados. (Manter durante 30-40 segundos)
	Focalize a sua atenção nos músculos da parte inferior da perna dominante: a barriga da perna dominante.
	Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando os dedos dos pés para cima, em direcção à sua cabeça.
	AGORA...
Pé dominante	Aprecie toda a tensão na área da barriga da perna...
	(Manter durante 5-7 segundos)
	RELAXE...
	Repare naquilo que se passa à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados... Aprecie as sensações nestes músculos à medida que eles se vão libertando. (Manter durante 30-40 segundos)
	Vamos passar para os músculos do seu pé dominante.
Pé dominante	Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, esticando o pé e virando-o para dentro, ao mesmo tempo que encara cola os dedos.
	AGORA...
	Aprecie a sensação de tensão, a pressão no arco e no peito do pé...
	(Manter durante 5-7 segundos)
	RELAXE...
Pé dominante	Descontraia-se... Repare como eles estão agora, comparando com anteriormente.
	(Manter durante 30-40 segundos)

Grupo muscular	Instruções de contracção-relaxamento
Coxa não dominante	(O mesmo que para a coxa dominante).
Barriga da perna não dominante	(O mesmo que para a barriga da perna dominante).
Pé não dominante	(O mesmo que para o pé dominante).
Conclusão	<p>O.K. Agora já relaxamos os músculos dos braços e mãos. Deixe que eles continuem a relaxar...</p> <p>Relaxamos os músculos da face e do pescoço... Continue a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados...</p> <p>Relaxamos os músculos do peito, os ombros, a parte superior das costas, o abdómen... Permita que esses músculos se tornem, agora, ainda mais profundamente relaxados...</p> <p>Relaxamos os músculos das pernas e dos pés... Deixe apenas que esses músculos se mantenham profunda e completamente relaxados...</p> <p>Agora vou começar a contar, de trás para a frente, de “4” até “1”. Quando eu disser “4” comece a mexer as suas pernas... Quando eu disser “3” pode mexer os braços e as mãos... Quando eu disser “2” a face e o pescoço... Quando eu disser “1” abra os olhos.</p>